





DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

MÉDICALES

(QUINZIÈME ANNÉE)

OUVRAGES DE L'AUTEUR

QUI SE TROUVENT A LA MÊME LIBRAIRIE

GARNIER. **Dictionnaire annuel des sciences et institutions médicales**, suite et complément de tous les dictionnaires, précédé d'une introduction par le docteur Amédée Latour.
1 vol. in-18 de 500 pages. 1re année, 1864. 5 fr.
— 2e année, 1 vol. de 759 pages, 1865. 6 fr.
— 3e année, 1 vol. de 524 pages, 1866. 6 fr.
— 4e année, 1 vol. de 550 pages, 1867. 6 fr.
— 5e année, 1 vol. de 528 pages, 1868. 6 fr.
— 6e année, 1 vol. de 528 pages, 1869. 6 fr.
— 7e année, 1 vol. de 696 pages, 1870-1871. 7 fr.
— 8e année, 1 vol. de 488 pages, 1872. 7 fr.
— 9e année, 1 vol. de 524 pages, 1873. 7 fr.
— 10e année, 1 vol. de 580 pages, 1874. 7 fr.
— 11e année, 1 vol. de 588 pages, 1875. 8 fr.
— 12e année, 1 vol. de 521 pages, 1876. 7 fr.
— 13e année, 1 vol. de 585 pages, 1877. 7 fr.
— 14e année, 1 vol. de 466 pages, 1878. 7 fr.

Voyage médical en Californie. Paris, 1854. 1 fr.

Le climat de Madère et son influence sur la phthisie pulmonaire, du professeur F.-A. Barral. 1 vol. in-8 de 320 pages ; traduit du portugais. Paris, 1858. 4 fr.

Itinéraire de Paris à Madère. 16 pages grand in-8, avec planche. Paris, 1859.
Donné avec l'ouvrage précédent.
— Séparément. 50 c.

Anatomie pathologique et symptomatologie de la fièvre jaune qui a régné à Lisbonne en 1857, par M. Alvarenga ; traduit du portugais. 1 vol. in-8 de 212 pages. Paris, 1861. 3 fr.

N. B. Tous les auteurs, français et étrangers, qui enverront un exemplaire *franco* de leurs ouvrages de l'année courante à l'adresse du docteur Garnier, soit rue de Clichy, 61, soit à la librairie Germer Baillière, en auront une bibliographie dans le Dictionnaire. Ceux venant de l'étranger avec un affranchissement incomplet seront refusés.

Coulommiers. — Imprimerie Paul BRODARD.

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS MÉDICALES

SUITE ET COMPLÉMENT DE TOUS LES DICTIONNAIRES

PAR

M. P. GARNIER

Médecin de l'asile de Bon-Secours, Chevalier de l'ordre du Christ de Portugal
Ancien rédacteur en chef de la *Santé publique*.

Quinzième année, 1879

PARIS
LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108
Au coin de la rue Hautefeuille.

1880

INTRODUCTION

L'ampleur de ce volume et sa condensation témoignent assez hautement de la fécondité et de la richesse médicales de l'année 1879 pour être dispensé d'énumérer ici tous les travaux accomplis pendant son cours. Leur abondance de toute sorte et en tous pays est si prodigieuse qu'aucun recueil ne pourrait y suffire aujourd'hui. Les journaux, les revues hebdomadaires, mensuelles, trimestrielles, dix et vingt fois plus volumineuses que celle-ci, n'en donnent qu'une idée incomplète, tout en se bornant à ne citer que le titre du plus grand nombre. L'*Index medicus* universel, paru à New-York cette année, peut seul avoir cette prétention colossale, en enregistrant pêle-mêle les publications de toute provenance, livres, journaux et articles, sans se préoccuper de leur valeur. Et encore combien sont omis et oubliés !

Cet exemple est donc plus à admirer qu'à imiter, et si les bibliophiles ont eu lieu de s'extasier, comme ils l'ont fait, sur cette entreprise, vaste et utile... pour eux, quel profit en retireront les praticiens et la pratique ? Ébouriffantes à voir et fastidieuses à compulser, ces

compilations excentriques n'ont qu'un intérêt de curiosité comme catalogues généraux, sans l'utilité d'un guide. Dans cette liste innombrable, ce monceau immense de publications de tout genre qui s'élaborent quotidiennement dans toutes les parties du monde sur le même sujet et dont le titre en langues, idiomes ou dialectes différents est la seule distinction, comment mettre la main, à coup sûr, sur celle que l'on cherche et dont on a besoin? Imaginées et exécutées souvent dans un tout autre but que la science, ces œuvres ne seront-elles pas confondues? et n'est-il pas du devoir du publiciste d'en faire un choix, un triage, suivant les lecteurs auxquels il s'adresse? Quelle utilité de connaître, par exemple, la dénomination de ces mille organes périodiques des Sociétés savantes dont la plupart ne paraissent que pour l'honneur ou l'orgueil de ceux qui en font les frais? L'analyse sommaire d'une découverte, d'un procédé ou d'une application utile, diagnostique, opératoire ou thérapeutique, et le résumé succinct d'un fait nouveau, d'une observation rare ou curieuse, d'une expérience rationnelle et probante, ne conviennent-ils pas mieux aux aspirations et aux besoins journaliers du praticien, que ces longues dissertations systématiques et spéculatives sur les cellules, les plastidules ou les atomes?

Ce DICTIONNAIRE ANNUEL DES PROGRÈS a été fondé dans cet esprit, pour réunir, sous leur titre afférent, toutes les recherches, les observations et les découvertes faites ici et là dans un but pratique, suivant les deux grandes voies de la médecine contemporaine : la clinique et l'expérimentation. Qu'elles tendent à confirmer, soutenir, fortifier les points acquis, à les agrandir ou les modifier, les combattre ou les renverser, il en rend le même compte, sans esprit de système ni de parti, dès

qu'elles peuvent contribuer au progrès de la science et de l'art de guérir, à la dignité et à l'honneur professionnel de ses ministres. Ces notices n'ont d'autres limites, dans ce compte rendu, que leur intérêt et leur importance. La *nécrologie* des sommités médicales disparues, jeunes encore, cette année en si grand nombre, en France et en Angleterre, et dont la perte est le plus sensible, a été tracée dans cet esprit d'impartialité, comme nous signalerons particulièrement ici les sujets qui ont le plus attiré l'attention médicale et réalisé un progrès.

II

Le principal honneur revient à la chirurgie, par le nouvel essor donné partout à la question pendante du *pansement antiseptique* ou *phéniqué*. Son emploi croissant ralliant de plus en plus les suffrages des chirurgiens par les résultats satisfaisants qu'ils en obtiennent, quelques-uns de ceux qui ne l'ont pas adopté, ni employé, ont entrepris une croisade contre lui, avec des arguments cliniques et expérimentaux décisifs en apparence. MM. Perrin à Paris, Savory à Cork, Holmes et Bryant à Londres, ont ainsi tenté de le discréditer, en provoquant des discussions publiques et solennelles. Mais tous leurs efforts sont restés vains devant l'unanimité de ses partisans et le témoignage éclatant des faits et des expériences. Un véritable triomphe en est résulté pour ce pansement, qui ne tardera pas à être employé partout, car il suffit d'en voir les effets sur le succès des grandes opérations et le traitement des plaies pour comprendre qu'il réalise un progrès réel et une profonde révolution en chirurgie. Prétendre, comme les jeunes chirurgiens anglais, que la propreté

et d'autres antiseptiques peuvent également prévenir la putréfaction des liquides exhalés, c'est ne pas tenir compte des récentes expériences *in vitro* de MM. Gosselin et Bergeron, ni de celles de M. Watson Cheyne. Par le résumé des points principaux de ce débat, encore ouvert à l'hôpital Saint-Thomas de Londres, nos lecteurs pourront juger de la valeur de la méthode listérienne, qui s'est appropriée toutes les innovations modernes de la chirurgie.

Ses plus brillantes applications ont été réalisées dans la chirurgie gynécologique. L'ovariotomie normale et pathologique, l'ablation de l'utérus ou hystérectomie, l'opération césarienne, la *laparotomie* en un mot, a reçu ainsi une nouvelle sanction, qui justifie et légitime définitivement son emploi dans l'étranglement interne, la grossesse extra-utérine, les fibromes et le cancer du corps de l'utérus, comme des succès en sont relatés. On l'a même tentée contre la rupture de la vessie. L'ouverture des grandes articulations avec abrasion interne dans les tumeurs blanches, et des abcès froids, a aussi été faite avec succès sous le nuage phéniqué. Son emploi rendra ainsi les chirurgiens plus hardis pour tenter ces graves opérations *in extremis*.

Le plus grand mérite de ce pansement serait, on le sait, de prévenir la septicémie chirurgicale, l'infection des plaies et la mort des opérés. Que ce soit par l'effet simple et appréciable de la coagulation des liquides exhalés à la surface des plaies, ou en tuant les microorganismes, les germes ambiants, comme le prétendent les panspermistes, cette question conduit directement au sujet qui, après elle, a fait le plus de bruit : l'*ostéite de croissance ou des adolescents*. Désignée sous dix noms différents, selon les symptômes et les lésions que chaque auteur en avait observé — ce qui prouve

qu'elle les produit toutes — elle vient encore d'en changer. La nouvelle interprétation histologique que lui a donnée M. Lannelongue, en l'appelant *ostéo-myélite*, a jeté l'agitation et le trouble dans le corps chirurgical français. Des discussions interminables, de longs et compendieux discours en sont résultés, où il s'agissait plus de septicémie et d'antiseptiques que de l'ostéo-myélite elle-même. Quelle qu'en soit l'origine, en effet, médullaire, ostéique ou périostique, elle confine directement à ces deux autres facteurs et n'en peut être séparée, quoique, d'après l'auteur, la trépanation hâtive de l'os malade suffise à amener la guérison.

De nouvelles conséquences étiologiques, ressortissant de cette interprétation, n'ont pas manqué de se produire aussitôt. La plupart des maladies chroniques des os ne seraient ainsi que des ostéo-myélites chroniques ou prolongées, des reliquats d'une ostéo-myélite de l'adolescence. Le siège de la fièvre de croissance en est aussi découvert *ipso facto* et fixé dans les épiphyses. *Et tutti quanti.* On trouvera à ces différents mots un résumé substantiel de cette longue discussion et de tout ce qui s'y rapporte. Mais il faut, à propos de ces deux discussions, remarquer combien les jeunes chirurgiens, malgré leur positivisme, sont encore discoureurs. C'est à qui fera preuve de plus d'érudition et parlera le mieux de sa pratique, de ses procédés et de ses guérisons, bien plus pour se mettre en scène, en évidence, que pour éclairer et résoudre la question en litige. Quand donc se guérira-t-on de ces longs discours écrits ou parlés? comme l'a demandé M. Pasteur en entrant à l'Académie. Que de temps de gagné, si on ne le perdait à tant se répéter!

L'importation américaine de la suspension et du

corset plâtré a eu aussi un certain retentissement par la présence de son auteur en France. Mais les épreuves qui ont été faites publiquement n'ont pas confirmé les résultats brillants, dans le *mal de Pott* qui en étaient annoncés d'Amérique et d'Angleterre. Des erreurs de diagnostic avec la simple *scoliose* peuvent seules expliquer les éloges et les prétendus succès attribués à cette méthode. Il convient donc de ne l'employer qu'avec réserve dans la carie vertébrale.

Il y a dans ce fait comme un avertissement, pour les chirurgiens américains, à ne pas compter avoir en France autant de facilité qu'au delà du détroit pour naturaliser leurs innovations risquées et audacieuses. La preuve en est dans le peu de succès qu'obtient ici la *litholapaxie* ou lithotritie en un seul temps du docteur H. Bigelow depuis un an qu'il est venu l'importer, tandis qu'elle est pratiquée par tous les lithotriteurs anglais, à l'exemple de sir H. Thompson, comme on le verra. Notre tempérament se refuse à ces enthousiasmes pour les productions opératoires d'outre-mer. Nous ne les adoptons qu'après expérience et réflexion, quand le succès nous y force, comme l'ovariotomie, la colotomie et tant d'autres. Nos opérations nationales, la trachéotomie, la thoracentèse, l'empyème, sont de même pratiquées beaucoup moins fréquemment là-bas qu'ici. C'est pourquoi nous les perfectionnons sans cesse, ainsi que la gastrostomie, comme de nouvelles preuves en sont relatées, notamment la résection des côtes dans l'empyème.

La chirurgie dentaire a même fait parler d'elle par ses *greffes*.

III

En pathologie interne, les progrès sont moins saillants et accentués, disséminés qu'ils sont sur une infinité de sujets différents. Sauf quelques entités morbides nouvelles à introduire dans le cadre nosologique : le *myxœdème*, l'*hématinurie* ou *hémoglobinurie*, le *glaucome auriculaire* et quelques variétés, comme l'*albuminurie des adolescents*, les *gommes scrofuleuses*, l'*hémoptysie post-puerpérale*, la *névrite rhumatismale* ou *syphilitique*, l'*otalgie intermittente*, dont le traitement a révélé la nature, c'est surtout à distinguer les formes variées des grandes diathèses qui moissonnent l'humanité et à élucider la pathogénie et l'étiologie, les symptômes et le diagnostic des plus graves affections connues, que les efforts sont dirigés. De là le renouvellement de la discussion sur la *septicémie* et l'*infection charbonneuse*, et les nouvelles expériences tentées pour en déceler l'origine. Celles de M. Davaine sont surtout remarquables, en montrant qu'un degré de plus de température explique bien mieux l'adultération du sang que l'action vitale, si longtemps invoquée. Peut-être en est-il de même du charbon, comme l'immunité des moutons d'Algérie à l'inoculation semble l'indiquer.

Une discussion semblable s'est répétée en Angleterre sur l'identité de la *diphthérite* et du *croup*, à propos de l'épouvantable drame de la cour de Hesse-Darmstadt, dont l'origine reste ignorée. On a eu beau invoquer la contagion, l'encombrement, l'eau et le lait, l'insalubrité, les matières fécales, comme dans la fièvre typhoïde, rien n'a pu en rendre compte. Il faut donc admettre une spontanéité fatale dans certains cas, naissant parfois de causes communes, banales, sinon

des gèrmes. Une éruption scarlatiniforme suivie de convulsions éclamptiques mortelles, chez une jeune fille de seize ans, non réglée, fut ainsi accompagnée de deux croups membraneux dans la même famille de huit enfants, dont cinq, plus grands et plus petits, restèrent indemnes.

C'est dire que la question est restée irrésolue là comme ailleurs. De là le prix de 2000 *reichmarks*, institué aussitôt par l'empereur Guillaume pour l'élucider.

La *tuberculose* se rencontrant de plus en plus dans les divers organes, c'est à en distinguer les manifestations locales que la clinique s'applique. La forme articulaire et cutanée, celle de l'œil et des organes génito-urinaires, celle des méninges spinales, ont été élucidées par des exemples. L'origine tuberculeuse de l'arthrite fongueuse a été ainsi mise hors de doute; la clinique étant ici d'accord avec l'histologie.

Il n'en est pas de même, trop souvent, pour la distinction des *tumeurs* en bénignes et malignes. Etroitement limitée par le microscope, cette distinction est souvent contredite et infirmée par la clinique, comme de nouveaux exemples en sont rapportés. Des difficultés, des impossibilités même se rencontrent pour classer celles du sein, quant au diagnostic et au traitement. Le cancer du sein succédant à l'eczéma chronique du mamelon, sa marche lente chez les vieillards, l'épithélioma déterminé expérimentalement dans l'Inde par des causes communes sans rien de spécifique, comme celui de la face succède à l'acné sébacée, ne sont pas des faits propres à faciliter cette distinction.

L'unité se refait ainsi par la clinique dans la pathogénie des *néphrites* que l'anatomie et surtout l'histologie avaient divisée à l'infini. Après l'analyse, la syn-

thèse, c'est logique. Il faut toujours y revenir. Le Congrès international d'Amsterdam a été la plus éclatante manifestation de ce revirement de la part de deux pathologistes distingués. Elle s'opérera ainsi comme sur beaucoup d'autres questions, la phthisie entre autres.

Une nouvelle variété étiologique s'est pourtant encore fait jour, au nom même de cette anatomie histologique : c'est la *pyélo-néphrite ascendante*. Malheureusement, son jeune auteur n'est plus là pour soutenir sa thèse.

C'est surtout par l'analyse du sang et des urines que l'on est parvenu à découvrir la source de ces états généraux, si graves, *incertæ sedis*, dont tous les organes semblent solidaires à la fois. L'albuminurie, le diabète, la glycosurie, la phosphaturie ont été découverts ainsi. On en cherche aujourd'hui le siège intime dans les altérations anatomiques des cellules. La syphilis elle-même est étudiée à ce point de vue histologique, sans doute pour mieux dévoiler l'action du mercure. Mais les résultats en sont si vagues et incertains jusqu'ici, qu'il est impossible d'en tirer aucune conclusion positive. Les récentes études de M. Quinquaud sur les altérations du sang semblent devoir être beaucoup plus fécondes. Une distinction positive en résulte déjà entre la chlorose et l'anémie et diverses autres maladies. Le pronostic des anémies en sera surtout éclairé par le chiffre de l'hémoglobine.

De là le rôle prédominant attribué par M. Hayem aux hématoblastes dans l'hématose ou réparation du sang. Mais comment provoquer cette action sur ces petits corpuscules ou atomes dont l'existence et le rôle sont encore contestés par les histologistes les plus autorisés, surtout dans les anémies apyrétiques et progressives, comme la clinique en montre fréquemment

des cas? La diminution de l'urée et de l'acide phosphorique dans les urines n'en est sans doute aussi que l'effet. L'étiologie parasitaire, soulevée en Italie et admise au Brésil par la découverte de l'anchylostome dans le duodénum, en rendra-t-elle mieux compte par le traitement? C'est là un point très intéressant à étudier et sur lequel tous les faits propres à guider les observateurs sont exposés dans ce Dictionnaire.

N'est-ce pas plutôt en scrutant, en observant cliniquement l'influence de ces abondantes éliminations morbides de l'albumine, du sucre, de l'urée sur l'économie, comme M. Verneuil le fait avec succès sur le traumatisme et les opérations, la grossesse, la syphilis et divers autres états, que l'on en découvrira la pathogénie? L'influence de la phosphaturie, déjà constatée sur la production de la cataracte, l'a été de même sur le cal des fractures et les lésions dentaires des enfants rachitiques. Que cette influence de l'élimination des phosphates soit bien constatée par des lésions ou des affections analogues sur des tissus ou des organes similaires par leur composition, et l'on aura le mot de l'énigme pathogénétique. L'une aidera à découvrir l'autre suivant leur nature, comme la découverte du brome, par ses rapports avec le chlore, a éclairé la recherche des produits chlorés, ainsi que M. Dumas l'a si magistralement exposé dans son éloge de Ballard à l'Académie des sciences. Que de néoplasmes, de tumeurs et de maladies s'expliqueraient peut-être rationnellement de la sorte, que l'on attribue, trop souvent empiriquement, non plus à l'action ou au trouble vital, tombés en désuétude, mais au *locus minoris resistentiæ*, remis à la mode sans être mieux justifié; exemples: l'*orchite* coïncidant avec la *hernie* et le *phimosis* avec la *coxalgie infantile*, qui lui sont rapportés.

Une étiologie parasitaire, bactéridienne a aussi été attribuée à la fièvre puerpérale, et une origine goutteuse, d'ordre réflexe, à l'anurie simplement mécanique, comme l'action topique du plomb sur le muscle pour le paralyser, etc., etc. Mais tout cela est œuvre de système, de parti ou d'école et ne doit figurer ici que pour mémoire. Constatons, au contraire, que celle des paralysies motrices par les lésions de l'écorce cérébrale s'affirme sans cesse par de nouvelles observations, si démonstratives qu'elles n'autorisent plus le moindre doute, tandis que la *paralysie agitante* et celle *des aliénés* sont ruinées dans leur appellation.

Des acquisitions importantes se poursuivent aussi en séméiologie, par l'étude comparée des *températures locales*. Le moindre mouvement fluxionnaire, congestif, inflammatoire, suffit pour l'élever notablement sur celle des parties voisines ou des organes similaires, et servir à distinguer ainsi une irritation d'un néoplasme dans l'abdomen comme dans le thorax et le crâne. La circulation plus active du sang dans les anévrismes suffit à la déterminer. C'est donc là un signe à ne jamais négliger dans ces cas douteux, malgré l'imperfection actuelle des thermomètres.

Le diagnostic de la pleurésie multiloculaire avec adhérences a aussi éclaté, comme un brillant météore, sous l'accent assuré et pénétrant de M. Jaccoud, mais pour rentrer aussitôt dans le doute et l'incertitude par les objections de ses contradicteurs.

De nouveaux signes de la pleurésie putride et de la pneumonie érysipélateuse sont aussi indiqués; mais ceux de l'adhérence péricardique et surtout de la persistance du trou de Botal sont bien plus importants, s'ils se confirment, comme une observation avec au-

topsie, due au docteur Decaisne fils, semble l'indiquer. Les détails en sont un complément trop important à la communication de M. Roger pour ne pas prendre place ici.

Une fille de vingt-six mois entre à l'hôpital des Enfants sans être cyanosée. Un bruit de souffle systolique, intense, occupe toute la région précordiale, s'étendant même au côté droit de la poitrine et perceptible jusque dans la région thoracique postérieure. Le maximum correspond manifestement à la base et à la partie moyenne du cœur. Il existe en même temps une voussure considérable, avec frémissement cataire. 102 pulsations d'un pouls régulier, non intermittent. La matité cardiaque n'est pas sensiblement augmentée.

L'enfant mourut, après six semaines de séjour, de quelques accidents pulmonaires; l'autopsie montra le cœur sans hypertrophie, l'aorte et l'artère pulmonaire légèrement dilatées, avec valvules saines. A la partie supérieure de la cloison interventriculaire, sous la valvule mitrale, on trouve un orifice conduisant dans un trajet qui établit une communication entre les deux ventricules. Sinueux du côté du ventricule gauche, cet orifice est au contraire arrondi et proéminent du côté du ventricule droit. L'endocarde à ce niveau est blanchâtre, épaissi et opaque. Le trou de Botal était oblitéré.

La chute des dents dans l'ataxie, celle des cheveux dans le lympho-sarcome, la dyspnée dans l'albuminurie puerpérale, la contraction pupillaire dans le coma alcoolique, le pouls dans les anévrismes, sont des signes positifs, dont il faut aussi tenir compte, sans oublier davantage qu'il y en a de négatifs dans les formes frustres. L'hémoptysie seule marqua ainsi le début de

la néphrite, comme les douleurs fulgurantes furent l'unique symptôme de l'ataxie. Un exemple remarquable de simulation de *méningite tuberculeuse* est aussi relaté à ce mot, avec une observation de diagnostic magistral.

Ce serait le lieu de citer les nouveaux moyens inventés pour le perfectionnement du diagnostic, comme la *cheilo-angioscopie*, la *dermatophonie*, l'*auscultation des os*, etc., et surtout les découvertes anatomo-pathologiques propres à le confirmer. On en trouvera la description dans le cours de l'ouvrage. La plupart étant d'origine allemande, ces inventions nébuleuses n'ont qu'un intérêt de curiosité ou de spéculation qui ne doit pas nous arrêter. On en distinguera bien celles d'origine française.

La pathologie externe compte aussi plusieurs innovations, des applications nouvelles, des cas exceptionnels relatés aux titres correspondants : *abcès*, *hernies*, *kystes*, *résections*, et autres. Une observation concluante de *rétrécissement prostatique* se trouve aussi à ce mot. L'étude diagnostique du *lympho-sarcome testiculaire* mérite surtout attention comme étant l'exemple d'un véritable *noli me tangere*. L'arthrite coxo-fémorale résultant de la lymphangite du membre est aussi à signaler, ainsi que de nouveaux procédés de drainage, pour la réunion immédiate dans les amputations. La chloroformisation est simplifiée par le cornet du professeur Guyon, et l'hydrocèle par son entonnoir, au lieu de la seringue pour faire l'injection.

En *Dermatologie*, les scarifications ont remplacé le grattage, le raclage et les caustiques, à l'hôpital Saint-Louis, contre le lupus. Pourquoi pas contre le cancroïde

et l'épithélioma? On pourrait même les tenter contre les gommes scrofuleuses de la peau par les analogies, la parenté de ces diverses espèces morbides, si elles guérissent la première. Par son action calmante, analgésiante sur les plaies, l'acide phénique a aussi été employé avec succès contre les affections prurigineuses de la peau, de même que l'acide salicylique.

IV

A l'exiguité du titre THÉRAPEUTIQUE, on ne pourrait croire que 1879 ait été si riche en découvertes utiles, en applications nouvelles, qui se trouvent disséminées presque à chaque page de ce Dictionnaire. L'emploi du nouvel alcaloïde du jaborandi, la *pilocarpine*, a eu la plus grande vogue ; on en a mis partout, malgré son action rapide et énergique. Son effet sudoral, diaphorétique, qui en est la principale indication, l'a ainsi fait essayer contre le frisson des fièvres intermittentes, les épanchements séreux, l'albuminurie, l'éclampsie et pour provoquer l'accouchement. Il aurait même la spécificité, ô merveille ! de regarnir les têtes chauves, dépouillées par l'âge. Un docteur Smitz l'ayant employé contre des accidents oculaires, chez un homme de soixante ans complètement chauve, fut très-surpris de voir sa tête se recouvrir en quatre mois, d'une nouvelle et épaisse chevelure. Et pour lui faire écho, le professeur Coppez, de l'Université de Bruxelles, cite deux malades dont les cheveux blancs sont devenus noirs sous l'influence de ces injections. Il en fait le médicament aux surprises qui seront aussi, à n'en pas douter, les Thermopyles de ses nombreuses applications.

Heureusement, il a un antagoniste aussi sûr, rapide

et énergique, pour contrebalancer ses effets. C'est l'*atropine* qui a servi de contre-épreuve dans les curieuses et intéressantes expériences sur les *sueurs*. On peut ainsi les provoquer à volonté ou les diminuer, les arrêter quand c'est nécessaire, chez les phthisiques et lors de la ménopause.

Un autre alcaloïde, tout récemment découvert, a encore fait merveille, en surpassant tous les autres ténicides par son infaillibilité. C'est la *pelletiérine*, extraite de l'écorce de racine de grenadier. En coïncidant avec une discussion sur les métamorphoses des ténias chez le même individu, cette découverte permet au moins de considérer la question du traitement comme définitivement résolue.

Deux remèdes exotiques ont aussi été introduits : le cédron, succédané du quinquina, et l'arenaria rubra, contre la *gravelle*. L'instruction se poursuit toujours sur le salicylate dans le rhumatisme. On en trouvera les dépositions pour et contre à ce mot.

Tandis que les *diurétiques* les plus anciens et accrédités sont déchus de leur propriété spécifique au creuset de l'expérimentation sur les animaux et sur l'homme... sain, sans que l'on ait cherché à confirmer au moins ces conclusions chez les malades, voici que l'*eau sucrée simple*, en injections hypodermiques, est douée à un haut degré de cette propriété. Une *polyurie* abondante en est résultée chez le... chien. Si positives que soient ces expériences, elles ne sont donc pas concluantes pour l'homme.

C'est dire que la méthode des injections médicamenteuses s'accrédite de plus en plus. Outre les alcaloïdes, les substances les plus énergiques : l'ammoniaque, l'éther, l'alcool et jusqu'au fer... dialysé, y sont soumises. Celles d'ergotine contre les fibromes

utérins et celles d'acide acétique dans les tumeurs fibro-ganglionnaires du cou, ont surtout donné des succès remarquables, comme celles d'arsenic contre la chorée. Et ce n'est pas seulement sous la peau, mais dans les veines, que l'on ne craint pas de tenter ces injections. La *transfusion du lait*, inaugurée aux Etats-Unis, a produit des accidents si redoutables chez le chien, en France, qu'il n'est pas permis de la tenter sur l'homme. Les lavements nutritifs, au contraire, y font merveille.

En se naturalisant, l'électro-puncture, perfectionnée dans son application, a donné des succès inespérés dans les anévrismes, ainsi que l'acupuncture. L'électrolyse même a été employée avec avantage contre les fibromes utérins, et la ponction capillaire dans l'ascite, à l'exemple des Anglais.

Plusieurs spécifiques du croup et de la diphthérite se sont encore produits, comme les années précédentes, sans que le véritable soit encore découvert, pas plus que dans tant d'autres maladies.

L'*anesthésie sous cloche*, avec le protoxyde d'azote, a été le grand événement de l'année, surtout par les noms fameux qui s'y sont mêlés, car il n'est pas à douter que l'éthérisation et la chloroformisation seront préférées dans l'immensité des cas. L'action des aimants dans l'*anesthésie morbide*, d'une origine aussi étrange, mérite également de fixer l'attention. Ce sont là des conquêtes qui peuvent avoir d'utiles applications externes.

V

A la *Gynécologie* revient une part considérable de ces progrès, comme on l'a déjà vu par l'application du *spray* ou nuage phéniqué. Grâce à cette addition, les plus graves opérations peuvent être exécutées avec succès dans les Maternités, sur l'utérus et ses annexes, sans que la septicémie survienne. La mortalité de l'hystérectomie et de l'ovariectomie a diminué ainsi notablement, en permettant d'importantes modifications opératoires, notamment la réduction du pédicule. L'ovariectomie normale ou castration féminine est aussi appliquée aujourd'hui à plusieurs névroses hystériformes, avec une mortalité de 16,69 pour 100 seulement.

La *gastro-élytrotomie* a été renouvelée en Amérique avec des modifications opératoires, et l'extirpation vaginale des fibromes utérins a pu ainsi être tentée. Deux succès de la ligature élastique, appliquée sur l'utérus inversé, recommandent cette méthode simple.

En *Obstétrique*, une discussion solennelle s'est élevée en Angleterre sur les indications du forceps, et un intéressant rapport sur l'enseignement de cette science à l'étranger montre tout ce qu'il nous reste à faire pour la rendre pratique aux étudiants. Celui des sages-femmes dans nos Maternités est au contraire sans rival. Des recherches nouvelles sur l'induration de l'insertion placentaire ont aussi un certain intérêt.

L'inversion du corps, la tête en bas, devient une véritable méthode chirurgicale. A son application dans la syncope anesthésique et dans la hernie étranglée, voici qu'elle s'étend aux hémorrhagies *post partum*,

quand l'ergotine et les autres moyens ont échoué, surtout le tamponnement phéniqué.

La métrorrhagie produite par l'allaitement et un cas de rupture de la trompe de Fallope méritent aussi une mention spéciale.

Après la *tuberculose oculaire*, il n'y a à citer en ophthalmologie que l'atrophie des nerfs optiques dans l'*érysipèle* facial et une notice sur les *collyres*.

Une découverte importante de la médecine comparée est la communication de la rage au lapin. Ce sera un précieux réactif pour servir à l'étude de son diagnostic et son traitement chez l'homme et les autres animaux domestiques.

VI

L'une des meilleures preuves du progrès actuel est le développement que prennent partout les questions d'exercice, d'honoraires, de jurisprudence, les institutions d'hygiène, de médecine légale et publique. L'inspection médicale des écoles et asiles publics, le traitement des malades à domicile, l'isolement des maladies contagieuses dans les hôpitaux, la statistique des décès avec les causes de mortalité, ont ainsi été décrétés à Paris et des bureaux d'hygiène ont été institués dans plusieurs autres villes. Un prix sur la contagion a été fondé à l'Académie de médecine et le Comité central d'hygiène a même été réorganisé. Malheureusement, on n'a changé que le personnel, en laissant subsister son isolement avec ceux des départements et les grandes administrations publiques, ainsi que le silence et le défaut traditionnel d'initiative et de responsabilité qui

conviendraient à un Conseil aussi imposant. Tant qu'un esprit plus large et plus libéral ne présidera pas aux réformes, tous les abus subsisteront, en république comme sous la monarchie. Quelle différence avec les droits et l'indépendance du *National board of Health*, qui vient d'être institué aux États-Unis !

Une Société de la santé publique s'est aussi formée en Russie, dont la première réunion a eu lieu le 18 novembre dernier à Saint-Pétersbourg, sous la présidence du docteur Zdekauer. L'objet principal était l'enseignement de l'hygiène dans les écoles normales secondaires. C'est le programme adopté en France en 1872 qui paraît devoir être adopté et suivi.

La question du rétablissement des *Tours*, soumise à l'examen des Conseils généraux sur la pétition du docteur Brochard au Sénat, a beaucoup été agitée dans la presse et dans les sociétés médicales, surtout à Lyon où elle a reçu une réfutation en règle dans un mémoire du professeur Delore, intitulé : *la Vérité sur les Tours*. Justice y est faite de ces arguments invoqués injustement à l'appui, comme la progression des infanticides, et elle est ainsi replacée sous son vrai jour : l'encouragement à l'immoralité, dont la loi ne saurait se faire complice.

Celle du divorce a été également fort agitée et examinée dans notre traité du *Mariage* et ses conséquences. Elle va l'être bien davantage au Parlement, auquel elle est actuellement soumise pour recevoir sa solution.

VII

Reste l'ENSEIGNEMENT, qui s'étend sans cesse par la création de nouvelles chaires, sinon de nouvelles

Facultés, dont le nombre reste définitivement fixé à sept. Des cours auxiliaires, remplaçant les conférences, sont institués à la Faculté de Paris dans la plupart des chaires pour en compléter l'enseignement. Mais un projet beaucoup plus radical a surgi, sur l'initiative de M. Ferry. C'est de réserver exclusivement ce titre de Faculté et d'Université aux institutions de l'Etat, sans qu'aucun établissement privé puisse le prendre ni conférer aucun titre équivalent. L'Etat serait remis ainsi en pleine possession de ses droits, qu'il avait imprudemment aliénés en 1875 au profit de l'Eglise et de ses congrégations religieuses, seules en mesure de profiter de cette loi soi-disant libérale et qui n'était que cléricale.

Cette loi n'est malheureusement pas encore promulguée. Il lui manque l'approbation du Sénat, où siègent toujours de nombreux conservateurs du trône et de l'autel. Ils la repousseront au nom même de la liberté. Erreur et subterfuge! Demandez-leur la liberté de réunion et d'association, et ils se démentiront aussitôt en les refusant net; car, de ces libertés-là, ils n'ont que faire, le monopole leur en est acquis depuis des siècles, en faveur même de la religion, et ils en ont largement abusé pour tenir leurs conciliabules secrets et mettre sans cesse, par leurs manœuvres ténébreuses, le progrès en échec.

Ils invoquent faussement aujourd'hui la liberté de l'enseignement, parce qu'ils en ont besoin pour réaliser leurs projets et que seuls ils sont en mesure d'en profiter immédiatement. La hiérarchie de l'Eglise romaine, le célibat de ses ministres et de ses religieux des deux sexes et le grand nombre, de tous ordres, qui sont voués à l'enseignement, leur donnent une influence, un crédit immédiat sur la jeunesse, dans l'Eglise et dans l'Ecole,

De là l'empressement qu'ils ont mis partout à profiter de la loi de 1875, pour construire, édifier et fonder des cercles, des écoles, des collèges et des facultés catholiques, voire même l'Université de Lille, pour enseigner, propager leurs doctrines rétrogrades, antiprogressistes, contraires et hostiles même à celles de l'Université nationale. Le coup qui les menace est donc de légitime défense; ils n'ont qu'à s'en prendre à eux. Ils avaient préparé sourdement la domination cléricale et jésuitique dans l'enseignement supérieur et secondaire, pour mieux rivaliser avec celui de l'Etat et combattre l'établissement de la République. Elle les désarme pacifiquement, en les obligeant de se soumettre à son autorité, à son inspection, à ses lois; n'est-ce pas justice? Ils comptaient sur la prédominance et la célébrité de certains ordres enseignants, non autorisés, pour le succès de leur cause et la République leur interdit l'enseignement. De là les foudres acérées contre l'article 7. Et cependant l'Etat ne fait qu'user de son droit en évitant le piège qu'on lui tendait jésuitiquement, pour le miner au nom même de l'instruction, du progrès et de la liberté. On démasque leurs batteries et leurs visées, pour les réduire à leur juste rôle, et ils feignent l'étonnement, l'indignation, la persécution même. La vérité est que, si la loi n'était pas votée en entier, la réaction cléricale et jésuitique continuerait sourdement son œuvre et mettrait la République en danger.

D'autres améliorations ont été réalisées dans le sens républicain, notamment la reconstitution du Conseil de l'instruction publique ; mais la question du concours reste toujours en souffrance, celui de l'agrégation étant seul à la base, sans s'étendre plus haut, comme en témoigne le concours central qui s'opère actuellement. Pourquoi une loi ne le rétablit-elle pas

toutes les chaires officielles de l'enseignement médical? La Faculté de médecine de Paris ayant refusé, par une voix de majorité, d'adopter ce concours pour le recrutement de ses membres, comme le *medical Council* a refusé d'admettre le suffrage des praticiens pour son élection et l'uniformité de l'enseignement et des titres, le gouvernement de la République n'a plus qu'à porter la question devant le Parlement, comme en Angleterre, pour en avoir la solution. Les dissentiments politiques ni l'inamovibilité du professeur élu ne sont à craindre ici; le choix libre des plus dignes a d'ailleurs les mêmes dangers. Les meilleures raisons militent au contraire en faveur de son rétablissement, pour le progrès des études, comme on le verra à ce mot.

L'enseignement public n'est plus limité aujourd'hui aux chaires officielles; il est partout, dans les cours publics et privés, dans la presse, les conférences, les réunions et surtout les congrès des sociétés et des associations savantes. Le plus grand retentissement est ainsi donné à leurs actes, à leurs *transactions*, par l'empressement que la presse met partout à en publier les débats, à en promulguer les résultats. Aucune tribune n'a maintenant un plus puissant écho. Les questions palpitantes y sont discutées avec éclat, et celle du pansement phéniqué s'est ainsi produite à la dernière session de l'*Association médicale britannique*, ce qui en a été le fait principal, avec l'éloge de notre Laennec, présenté comme le plus grand génie médical des temps modernes. (V. NÉCROLOGIE.)

Rien d'aussi grand ni de solennel n'est provoqué par l'*Association générale des médecins de France*. En se cantonnant à Paris pour la plus grande commodité de ses dignitaires et s'y occuper exclusivement de ses affaires et de ses intérêts privés, elle n'éveille ni ne

répand dans la province les germes féconds de l'esprit de solidarité et d'association.

Heureusement, l'*Association française pour l'avancement des sciences* a pris ce rôle en main et en recueille tous les avantages. Sa dernière session a eu lieu avec éclat à Montpellier, et aura lieu l'année prochaine à Reims sous la présidence du professeur Denucé, de Bordeaux.

De même du *Congrès international d'Amsterdam*, où le professeur Donders, dans son discours, très applaudi, sur les *théories scientifiques contemporaines*, a cherché à établir la juste part de chaque nation, dans la personne de ses plus illustres représentants, sur les progrès accomplis. L'élément allemand dominant, la plus grande part lui a été accordée, et l'on se demande si c'est avec justice.

Le *Congrès d'Anthropologie* de Moscou, où la science française était hautement représentée par MM. de Quatrefages et Broca, a été heureusement plus libéral que celui d'Amsterdam à notre égard.

Mais, de tous ces discours, l'*Address* du président de la *British Association*, dont le 48e meeting a eu lieu à Sheffield, semble le mieux choisi. Biologiste distingué, le docteur Allman a fait une admirable exposition de la doctrine de l'unité des êtres organisés, basée sur l'irritabilité commune de leur protoplasma, mais sans aller plus loin. Si l'irritabilité est une propriété du protoplasma analogue aux propriétés physiques du monde inorganique, qu'est-ce que la pensée? La conscience est-elle aussi un produit ou une propriété physique des cellules cérébrales? L'esprit vraiment scientifique ne peut l'affirmer, ne pouvant le démontrer. L'analogie ne peut être d'aucun secours, et la science doit s'arrêter là et confesser son impuissance.

Un grand fait, d'une importance considérable, en ressort pourtant clairement et exempt de doute, ajoute-t-il. C'est que les premières manifestations de l'intelligence et les progrès de l'esprit sont en rapport étroit avec ceux de l'organisation. L'esprit parcourt des phases de plus en plus élevées. La grande loi de l'évolution se montre ainsi la destinée de notre race. Et s'il n'est encore possible d'indiquer que ce point minuscule de la généralisation qui relie la conscience et la vie à une source matérielle commune, qui peut dire si d'autres facultés plus hautes ne s'y rattacheront pas dans l'avenir et si, en détruisant l'obscurité actuelle, elles ne révèleront pas à l'homme le mystère de la pensée?...

C'est dans cette espérance de la lumière et du progrès, qui sont la devise de ce Dictionnaire, que nous voulons laisser nos lecteurs.

P. Garnier.

Paris, 15 janvier

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

MÉDICALES

1879

A

ABCÈS. Ce mot est presque synonyme de pus. Les abcès ne se distinguent guère que par leur siége; leur qualité est d'être purulente. La dénomination de dépôt conviendrait mieux aux abcès urineux, biliaires, fécaloïdes, suivant la remarque des auteurs du Dictionnaire de Nysten. Il est donc étonnant de voir le nom d'*abcès séreux* donné par M. Nicaise aux collections de sérum plus ou moins albumineux, avec ou sans grumeaux fibrineux, consécutives à l'ostéo-périostite séro-albumineuse, dont quelques observations ont été recueillies dans ces dernières années. (*Revue mens.*, octobre).

Des abcès douloureux des os; thèse inaugurale, par E. Golay, ancien interne des hôpitaux. Paris, 1879.

En réunissant, sous ce titre, l'ostéite à forme névralgique et les abcès épiphysaires, l'auteur en forme quatre périodes qui se déroulent parfois en un temps très long. Tout en en revendiquant la priorité en faveur du chirurgien français David, il n'en élucide guère mieux le siége exact que les récentes discussions sur l'ostéomyélite, car il le place à la fois à l'extrémité de la diaphyse, dans le canal médullaire, et le tissu compact du corps de la diaphyse. C'est donc là une nouvelle dénomination ajoutée à celle de M. Lannelongue.

Abcès résidueux. Ce sont les abcès ganglionnaires que sir J. Paget appelle dans ses leçons cliniques *residual abcesses* et dont le nom est ainsi francisé par la traduction. (V. *année* 1877.) Ils succèdent, comme on sait, aux adénites de la première enfance, dont le volume, l'induration et l'intumescence persistant, sont formés d'une matière épaisse, caséeuse, calcaire, qui, en se ramollissant lentement longtemps après, produisent des abcès sans douleur, ni fièvre, ni autre accident. De là la difficulté du diagnostic avec les kystes, les tumeurs graisseuses ou fibro-cellulaires, surtout si le souvenir des antécédents ne peut l'éclairer.

Une demoiselle de vingt-trois ans a ainsi offert un exemple au docteur Noquet, le 10 mars 1878. Le lymphatisme apparent de la malade, des maux d'yeux dans l'enfance avec persistance d'un petit albugo sur chaque cornée, et le souvenir d'une grosse glande du cou à l'âge de dix ans, suffisaient heureusement à en déceler l'étiologie. La tumeur, de 8 centimètres de diamètre, correspondait à la face externe du sterno-cléido-mastoïdien droit. Sa fluctuation manifeste et uniforme facilitait encore le diagnostic, bien qu'aucun engorgement ganglionnaire voisin n'existât. Après un diagnostic par exclusion des nombreuses tumeurs qui peuvent se former dans cette région, une ponction aspiratrice fut faite, qui vida complètement la cavité, et une couche de collodion suffit à déterminer l'adhésion des parois. (*Soc. de méd. du Nord*, mai, et *Bull. méd.*, nº 5.)

Cette méthode de traitement est surtout à retenir, car ces abcès, vidés incomplètement, sécrètent un pus séreux difficile à tarir et qui les transforme en véritables kystes intarissables après un certain temps. Velpeau en réséqua ainsi la paroi antérieure chez une femme que je lui adressai, et bourra la cavité de charpie pour en déterminer l'inflammation et la tarir. Une cicatrice considérable en résulta.

Les injections d'acide acétique sont aussi à essayer avant le ramollissement, car les tumeurs *fibro-ganglionnaires* traitées ainsi avec succès (V. *ce mot*) auraient bien pu devenir plus tard des abcès résidueux.

Abcès de la cornée avec hypopion. Un homme, en liant des framboisiers le 10 mars, éprouve subitement un léger brouillard devant l'œil droit. Dès le lendemain, un épan-

chement de pus est constaté dans la chambre antérieure par un médecin, qui l'envoie aussitôt à l'Hôtel-Dieu, où M. Gayet trouve, outre le catarrhe et l'inflammation de la conjonctive survenus sans douleur, un point de ramollissement saillant au centre de la cornée. Cependant il le présente le lendemain à sa clinique sans l'avoir ouvert, ce qui semble en contradiction avec les préceptes de la gravité des abcès cornéens, leurs dangers immédiats et la nécessité de les ouvrir sans retard, pour donner issue à l'épanchement purulent de la chambre antérieure et aux pyocites qui distendent la lame de la cornée. Au contraire, il s'est borné à instiller dans l'œil un collyre à l'atropine, qui, en dilatant la pupille, lui a permis de déterminer l'absence d'adhérences. C'est en faisant constater de même tous les caractères de cette *lunule* mobile et profonde de pus, formée en une nuit, se déplaçant lentement selon l'inclinaison de la tête, qu'il en attribue la formation subite à la diapédèse des leucocytes, c'est-à-dire la forme bénigne de cette affection. De là l'absence de douleur. C'est un hypopion séro-purulent, bien différent de l'hypopion plastique, si redoutable, car il n'entraîne presque jamais de conséquences graves et guérit souvent par l'atropine et le simple repos de l'organe. Dans ce cas, les globules purulents sont simplement en suspension dans l'humeur aqueuse, et, grâce aux modifications circulatoires produites par la belladone, ils sont finalement repris par les vaisseaux de l'iris et par les voies lymphatiques de l'angle irido-cornéen.

De là ce précepte : En présence d'un petit abcès superficiel sans tendance au creusement de la cornée, avec un hypopion survenu rapidement, dont le niveau change par les mouvements de la tête, avec une pupille libre d'adhérences, et se dilatant bien sous l'influence de l'atropine, il faut se borner à l'emploi des mydriatiques et au repos de l'organe; très souvent, cette médication si simple suffit pour amener la guérison. (*Lyon méd.*, n° 14.)

Abcès du sein. *Compression élastique.* Après la description de ce nouveau mode de compression, faite en 1877, en voici deux applications. Une femme qui avait eu, à deux reprises, au début d'un précédent allaitement, des abcès du sein gauche pendant deux mois et demi avec

induration persistante, ayant été reprise d'un phlegmon au même sein, dès le début de l'allaitement suivant en juillet 1878, consentit à l'application du sac compressif dès le troisième jour, et la douleur cessa immédiatement. On enlevait le sac trois à quatre fois par jour pour donner à téter, afin de prévenir l'engorgement du sein. Trois jours après, le phlegmon était en voie de résolution, et l'on en prévint ainsi la suppuration.

Une autre femme qui, sur trois tentatives consécutives d'allaitement, n'avait réussi que le second, accoucha le 24 juillet 1878 et tenta de nouveau d'allaiter. Les deux mamelons devinrent bientôt le siége de crevasses profondes et douloureuses. Un phlegmon étendu en fut la conséquence à gauche avec douleurs et élancements. L'application méthodique de la compression amena un soulagement immédiat, et il suffit de la prolonger quatre jours, en continuant de donner à téter, pour éviter toute suppuration.

Cette compression du sein se fait avec un bonnet en tissu inextensible qui le recouvre et se fixe par deux courroies. Un sac en caoutchouc très mince et enveloppant aussi le sein se place entre lui et le bonnet. Un tube communiquant avec l'intérieur permet d'y introduire de l'air ou de l'eau qui sert à comprimer uniformément avec une force proportionnelle à la quantité injectée. On en gradue à volonté l'intensité. (*Lyon méd.*, n° 41, 1878.)

Aucun bandage n'a réalisé ni ne peut opérer une compression aussi douce, uniforme et persistante. De là les bons effets résolutifs qui en ont été rapidement obtenus.

Abcès prérectal, *simulant une distension vésicale.* Un batelier de vingt-un ans fut admis à l'hôpital de la marine de Greenwich le 26 novembre, quinze jours après s'être refroidi. A la suite de violentes douleurs dans l'abdomen et de vomissements bilieux, il s'ensuivit de la constipation, puis une diarrhée profuse. Enfin une tuméfaction de la partie inférieure de l'abdomen se développa et s'étendit. Elle forme, à l'examen, une saillie ovalaire depuis le pubis presque jusqu'à l'ombilic, en s'étendant uniformément de chaque côté. La surface en est pâle, lisse et extrêmement sensible, très fluctuante et mate à la percussion. Pas d'œdème appréciable,

l'apparence était celle d'une extrême distension de la vessie; mais cet homme urinait fréquemment, très peu à la fois, et son urine était d'un rouge foncé. Peau chaude et sèche, face anxieuse, décubitus latéral gauche avec impossibilité de s'asseoir.

Un cathéter nº 8 parcourt l'urèthre sans difficulté et ne donne issue qu'à quelques gouttes d'urine; sa rotation est impossible. L'exploration rectale découvre alors une grosse tumeur élastique et fluctuante au-dessous de la prostate. Elle est ponctionnée aussitôt avec le trocart de Cock, et du pus épais, gris jaunâtre, d'une odeur fécaloïde, s'écoule par la canule, jusqu'à la quantité de 76 *ounces* (2 kilogr. 364). La canule, laissée en place, donne encore issue à 809 grammes les deux jours suivants. Tous les accidents cessèrent après cette ouverture. (*Lancet*, août, nº 9.)

Abcès dans la fièvre typhoïde. (Voy. ce mot.)

ACCOUCHEMENTS. L'importance de leur étude à l'étranger et surtout de leur pratique par les étudiants est bien démontrée par M. Budin dans son rapport au ministre de l'instruction publique. Outre la théorie qui est enseignée pendant un semestre ou une année tout entière, comme en Hollande, à Louvain et à Saint-Pétersbourg, les exercices opératoires sur le mannequin ou le cadavre sont exécutés publiquement, mais c'est principalement à la clinique et à la pratique même des accouchements que les élèves sont tenus. Ils doivent ainsi prouver, avant leur examen, qu'ils ont non seulement assisté, mais exécuté un certain nombre d'accouchements. Le nombre minimum est de 2 en Hongrie, de 4 en Allemagne, de 4 à 30 en Angleterre suivant le corps examinant, de 6 à Edimbourg, de 10 à Helsingfors et autant en Hollande, dont 2 accouchements laborieux.

Or, comme la femme en couche ne peut se voir, comme les autres malades ou opérés, à une heure fixe et précise, deux sources distinctes d'instruction permanente leur sont fournies à cet effet : l'hôpital et la ville, sous la direction de professeurs ou d'internes. A Vienne, Halle, Zurich, Moscou, Helsingfors, Dublin, Amsterdam, une salle avec tables, chaises, fauteuils, divans, feu et lumière, est mise à leur

disposition à l'hôpital, où ils peuvent travailler le jour et se reposer la nuit en attendant que les femmes en travail se présentent. Ils peuvent même habiter l'hôpital à Prague, Dresde, Berne, soit dans un dortoir commun, soit dans des chambres particulières, comme les internes en France. Ce séjour est même *obligatoire* pendant six semaines à Copenhague et trois mois à Stockholm.

Et comme beaucoup de femmes pauvres répugnent à aller accoucher à la Maternité ou à l'hôpital, par le danger même qu'il y a pour elles d'y être accumulées en grand nombre, une polyclinique a été ouverte dans la plupart des villes universitaires d'Allemagne et à Berne. Ce service a même été organisé à Londres, il y a quelques années. Toute femme qui désire se faire accoucher gratuitement peut se faire inscrire à l'hôpital, et, dès qu'elle souffre, un étudiant capable se rend près d'elle. Il en reste seul chargé si tout marche bien; dans le cas contraire, il appelle l'assistant ou le professeur, et, en cas d'urgence, la patiente est amenée à l'hôpital.

Un service spécial de polyclinique est ainsi organisé dans la plupart des Universités d'Allemagne et de Suisse, comme à Leyde et à Louvain, où les femmes pauvres, prêtes à accoucher, sont reçues d'urgence et où les étudiants peuvent ainsi voir, étudier et pratiquer même les accouchements laborieux. (*Union méd.*, n° 48.)

Autant d'exemples à suivre, à imiter en France, où la pratique officielle des accouchements est presque impossible pour les étudiants. L'unique clinique existante à cet effet ne leur permet que fortuitement d'y assister, et ce n'est qu'officieusement et par la bienveillance des internes des services d'accouchements dans les hôpitaux qu'ils peuvent s'exercer au toucher et à la délivrance ou assister à une application de forceps et voir exécuter une version. Autrement, il leur faut payer dans des cours particuliers pour se familiariser avec ces pratiques, qui peuvent incomber à leur inexpérience dès leur entrée dans la pratique. Car le cours théorique de la Faculté est insuffisant pour préparer à ces redoutables conjonctures. Tout élève se présentant au cinquième examen devrait donc justifier qu'il a pratiqué au moins quelques accouchement simples, et montrer, sur le mannequin ou le cadavre, qu'il sait appliquer le

forceps, exécuter la version et reconnaître telle ou telle présentation.

Il n'y a, pour satisfaire à ces exigences indispensables, qu'à soumettre les étudiants à des études pratiques, comme nos sages-femmes à la Maternité de Paris. C'est là un modèle d'enseignement parfait, qu'on ne rencontre nulle part à l'étranger, au rapport de M. Budin.

Injections d'eau chaude. Elles sont pratiquées dans le vagin, par M. Kilner, pendant quinze à vingt minutes, comme accélérant la dilatation dans le cas de rigidité du col et du périnée. On augmente graduellement la température de l'eau tant qu'elle peut être supportée. C'est ce qui les distingue du bain tiède. (*Lancet*, mars, nº 13.)

Présentation du siége. Sur une série de vingt-cinq cas de ce genre, plusieurs ayant eu lieu chez des primipares, le professeur Gaillard Thomas n'a perdu aucun enfant, ce qu'il attribue à la manœuvre employée. Le principe en est que la délivrance doit s'effectuer par une force venant d'en haut, jamais par les tractions sur les membres inférieurs. Dès que les pieds sont dehors, on les fait simplement soutenir par des aides. Quand le siége bombe au périnée, on fait immédiatement une forte injection hypodermique d'ergotine. Quelques instants après, le bassin se dégage; dès que le cordon se montre, on le soutient avec la main, et, au même moment, un aide exerce une forte pression sur la tête, à travers la paroi abdominale, en même temps que la femme pousse de toutes ses forces. La délivrance se fait très vite; au bout de quelques secondes, on peut mettre les doigts dans la bouche et dégager la tête. (*Med. and surg. Reporter*.)

Hémoptysie post-puerpérale. Voy. ce mot.

Rupture de la trompe de Fallope. Cet accident grave est si rare que l'observation du docteur Fisher, de Chelsea, sur une multipare de quarante ans, bien portante jusqu'au terme de sa sixième grossesse, est très instructive, malgré sa laconicité. Demandé après douze heures de travail, il la trouva faible, pâle, anxieuse, en proie à des nausées. Le col était

très rigide, dur, résistant et à peine dilaté d'un pouce un quart. Après deux heures d'attente, la tête descendait, mais les douleurs étaient plus faibles, les vomissements fatigants, la femme se plaignant de faiblir comme si elle allait mourir. Une application de forceps fut proposée, mais la patiente s'y opposa énergiquement. Une heure après, elle reprit des forces sous l'influence des douleurs expultrices et accoucha d'un fœtus mort, suivi immédiatement du placenta; l'utérus se contractait normalement au départ du médecin. Six heures après, il fut rappelé en toute hâte. Les vomissements et les syncopes étaient revenus. La glace et de faibles quantités d'alcool les calmèrent. Aucune émission d'urine pendant deux jours. Un lavement d'eau chaude fut suivi d'une selle sans urine. Le cathétérisme pratiqué ensuite normalement n'en amena pas davantage. Les vomissements persistèrent malgré tout, et cette femme, s'affaiblissant graduellement, — *she gradually sank*, — succomba le sixième jour.

L'autopsie montra l'utérus gros comme une noix de coco, enfoncé dans le bassin, paraissant noirâtre et comme contus, broyé du côté droit dans l'étendue de la paume de la main. La trompe de Fallope en était rompue à deux pouces environ de l'utérus, ainsi que le ligament large et l'ovaire; la trompe elle-même avait le volume du petit doigt et offrait l'apparence d'un caillot dur. A gauche, la trompe était dans le même état, mais non l'utérus. Le tissu, incisé, en était parfaitement sain, ainsi que sa cavité. En le soulevant, il y avait environ quatre *ounces* de sang dessous. La vessie était presque vide, et sa muqueuse montrait les caractères d'une inflammation chronique considérable. Tous les autres viscères abdominaux étaient sains, sauf l'estomac, dont les vaisseaux de la partie inférieure étaient très congestionnés. (*Lancet*, juillet, n 4.)

Epaississement et induration de l'insertion placentaire. Voy. Placenta.

Etude pratique sur la grossesse et l'accouchement gémellaire; thèse inaugurale, par le docteur Hirigoyen. Paris, 1879. Sans croire, comme on l'a dit, que c'était le premier travail spécial sur ce sujet, il n'en est pas moins intéressant par les données qui en font la base. Ce sont des faits

recueillis à la clinique d'accouchements de Bordeaux. Ils confirment l'opinion émise par M. Tchouriloff sur l'influence de la taille. C'est dans les départements, les pays où la stature est la plus élevée, que les grossesses doubles sont les plus fréquentes, et surtout chez les multipares de vingt-quatre à trente-deux ans. L'éclampsie semble aussi plus commune, car il en a observé 2 cas sur 41 accouchements de jumeaux, tandis que la statistique n'en donne qu'un sur 205 accouchements ordinaires.

Guide administratif du médecin-accoucheur et de la sage-femme, par E. Louet. Un vol. in-12 de 216 pages. Librairie *Germer Baillière*.

Si l'on ajoute à ce titre explicatif que ce petit ouvrage est précédé d'une notice historique sur les accouchements, et comprend les lois, décrets, ordonnances et règlements anciens et récents en vigueur sur la matière, sur le placement des nouveau-nés en nourrice et la surveillance à exercer sur eux, on en connaîtra l'ensemble. Il est donc destiné surtout aux sages-femmes.

Accouchement provoqué. *Injections de pilocarpine.* Deux femmes enceintes, arrivées à la trente-troisième semaine de leur grossesse et hydropiques par maladie de Bright, ayant reçu, dans un but thérapeutique, une injection hypodermique de chlorhydrate de pilocarpine, expulsèrent bientôt après un enfant vivant. L'accouchement eut lieu dix-huit heures après dans le premier cas et sept seulement dans le second. C'en fut assez pour faire essayer aussitôt l'action obstétricale de cet alcaloïde du jaborandi.

Une primipare admise à la clinique d'accouchements de Vienne avec un rétrécissement du bassin y fut ainsi soumise. Mais il fallut deux injections successives, et c'est seulement dix-huit heures après qu'elle expulsa prématurément un enfant vivant.

Kleinwachter fut ainsi incité à renouveler la même expérience sur une tripare, arrivée à la trente-troisième semaine de sa grossesse avec un rétrécissement ayant provoqué de graves complications aux accouchements précédents. Une première injection de 18 à 20 milligrammes de pilocarpine détermina, en quatre à cinq minutes, tous les phénomènes de

l'action du jaborandi : turgescence de la peau, sueur de la face, flux de salive, puis diaphorèse abondante, vomissements, élévation du pouls et de la température. C'est seulement après la diminution ou la disparition de tous ces phénomènes généraux, que des contractions utérines se manifestèrent pour cesser bientôt. A une seconde injection, les contractions se réveillèrent plus intenses, et il en fallut même une troisième pour que la dilatation permît de faire la version et d'extraire un enfant mort, du sexe féminin, pesant seulement 1600 grammes. La mère se rétablit parfaitement. (*Arch. de gynécol.*)

Il est évident par ce fait que ce n'est pas là un agent obstétrical. Il n'agit secondairement sur l'utérus que par les troubles profonds qu'il détermine dans tout l'organisme. Plusieurs poisons violents amènent de la sorte l'avortement et l'accouchement prématuré, mais non sans danger pour la vie de la mère et de l'enfant. L'élévation du pouls et de la respiration, les troubles de la vue, le refroidissement des extrémités, les nausées et les vomissements, les lipothymies, la faiblesse du pouls et le collapsus final produits par la pilocarpine, montrent assez tout le danger qu'il y a à l'employer comme ocytocique.

L'expérience qui en a été faite pour la première fois en Angleterre, en novembre dernier, par M. John Clay, à l'hôpital de la Reine, à Birmingham, est une preuve qu'il n'y a pas à compter sur ce moyen pour provoquer l'accouchement. C'était chez une primipare rachitique de vingt-huit ans, enceinte de sept mois, et dont le bassin déformé ne donnait qu'un diamètre de 6 pouces 1/4. Une première injection contenant 23 milligrammes de nitrate de pilocarpine fut faite le 16 novembre, et aussitôt la face s'empourpra avec battements des oreilles et des tempes. Dès la troisième minute, le pouls de 92 s'élevait graduellement à 130; de 18, la respiration montait à 30 avec transpiration abondante, salivation profuse, yeux injectés, pupilles dilatées, nausées, vomissements. A cette excitation succéda bientôt une dépression considérable avec refroidissement et collapsus tels, que la pauvre femme semblait ne pouvoir s'en relever, mais sans aucun retentissement appréciable sur l'utérus.

Sept autres injections successives furent pratiquées les jours suivants, sans que l'effet en fût aussi sensible que celui de

la première. Le pouls s'élevait toujours rapidement pour tomber de même. Les nausées se renouvelèrent presque constamment de la troisième à la quatrième minute, et chacune fut suivie d'un profond collapsus. C'est seulement à la fin du second jour que des douleurs utérines apparurent, bien que la dose de la pilocarpine eût été graduellement élevée jusqu'à 29 milligrammes par injection. Le col, admettant le doigt, était très rigide encore après quarante-huit heures. Le tête se présentait. Au quatrième jour, la dilatation se faisant lentement, on introduisit le dilatateur de Barnes, qui en six heures amena une dilatation suffisante pour appliquer le forceps et extraire un fœtus vivant. L'administration du seigle ergoté fut nécessaire pour réprimer une hémorrhagie *post partum*. (*Lancet*, n° 2.)

L'action directe de la pilocarpine sur l'utérus n'est donc rien moins que démontrée, et l'on n'est nullement autorisé à l'employer comme agent obstétrical, à cause de ses effets toxiques, en présence des moyens plus efficaces et moins dangereux que l'on a pour provoquer l'accouchement prématuré.

Voici un autre fait plus concluant, dû au docteur Schanta, assistant de la clinique obstétricale de Vienne. Une femme de vingt-deux ans, grosse de huit mois environ, se présente avec un bassin très rétréci. Le 3 mai, il essaye de provoquer l'accouchement en injectant 2 centigrammes de chlorhydrate de pilocarpine à la cuisse gauche. Au bout de quatre minutes, dilatation de la pupille, tendance à vomir, sueur à la face, salivation, tremblement des extrémités inférieures; puis sudation générale progressive, qui atteignit son maximum en un quart d'heure et s'arrêta presque subitement. La salivation cessa brusquement dans les mêmes conditions. La température axillaire resta à 36°,8; le pouls s'éleva de 68 à 92 et à 100, le nombre des respirations de 24 à 40. Toutefois, à cinq heures, la malade avait cessé complètement d'être sous l'influence du médicament et retrouvé son état normal.

A six heures quinze minutes, quelques contractions douloureuses sont perçues dans l'abdomen; le col utérin, complètement fermé avant l'administration de la pilocarpine, admettait alors dans son ouverture la phalange de l'index

dans une longueur de 3 centimètres. Après quelques heures de somnolence, à dix heures, dilatation plus grande du col; on fait une nouvelle injection de pilocarpine, et l'on obtient identiquement les effets physiologiques décrits précédemment. A onze heures, assoupissement; à cinq heures du matin, la malade se réveille, sentant de fortes douleurs; à huit heures vingt-cinq minutes, elle accouchait d'une fille en bon état. (*Wiener med. Wochens.*, 1878.)

Basé sur des expériences faites sur des lapines pleines et sur des faits observés par les docteurs Sacré, Martha et Coppez dans leur pratique, le professeur Hyernaux a posé les conclusions suivantes à l'Académie de médecine de Belgique :

I. La pilocarpine n'exerce pas une action ocytocique sur l'utérus.

II. Elle peut faire avorter, comme tout médicament perturbateur de l'organisme.

III. Elle est donc dangereuse pour la mère et pour son produit.

IV. Il n'est pas rationnel d'en faire l'application dans la médecine humaine.

Le professeur Muller, de Berne, est non moins explicite. Dans aucun des cas de femmes grosses ou récemment accouchées, où il a employé la pilocarpine, il n'a constaté la moindre contraction parturitive, ni le plus petit changement dans le segment inférieur de l'utérus. Aussi n'hésite-t-il pas à déclarer que ce prétendu ocytocique *est non seulement inutile, mais qu'on ne peut pas même en recommander l'emploi.* (28 juin.)

Néanmoins le docteur Van der Mey a soutenu, au Congrès international d'Amsterdam, qu'une seule de ces injections au commencement du travail suffit pour l'accélérer en augmentant les contractions. Elles seraient donc indiquées au moins dans les cas d'atonie utérine. Mais le docteur Macan, ayant pratiqué ces injections à la dose de 18 milligrammes contre 9 cas d'atonie utérine dans l'état puerpéral, n'en a observé l'effet que dans trois seulement; 6 fois les résultats furent défavorables par une action assez violente sur le cœur. On ne peut donc compter sur cet agent en cas de lochies profuses. Les injections d'ergotine sont plus sûres et efficaces.

ACIDE PHÉNIQUE. *Danger des hémorrhagies secondaires et de l'empoisonnement sous l'influence de la pulvérisation.* Voy. Pansement phéniqué.

ALBUMINURIE. Elle manquerait dans certains cas de dégénérescence amyloïde des reins, où elle est considérée à tort comme constante. Le docteur Litten rapporte l'observation de deux femmes phthisiques et d'un homme syphilitique ayant présenté cette transformation amyloïde à l'autopsie par la réaction iodée, sans que l'albumine ait apparu dans l'urine pendant la vie. Cette absence d'albumine est attribuée à l'oblitération des vaisseaux glomérulaires.

Ces faits, joints à quelques autres, montrent donc que la loi de l'albuminurie dans la dégénérescence amyloïde n'est pas absolue, soit parce que la dégénérescence rénale n'est pas complète, que l'épithélium n'est pas encore atteint, soit autrement. La durée de cette dégénérescence doit varier, en effet, suivant qu'elle est idiopathique ou symptomatique, et, dans ce dernier cas, le malade peut être enlevé sans qu'elle ait parcouru toutes ses phases. (*Berlin. Klin. Woch.*, 1878.)

Altération des cellules. Leur tuméfaction trouble est si obscure qu'elle en est presque douteuse et contestable avec le liquide de Muller, d'autant plus que les malades succombent rarement au début. En l'étudiant avec l'acide osmique sur des fragments du rein d'un albuminurique mort le 26 mars 1879 à l'hôpital Saint-Antoine, après deux mois seulement de maladie, M. Cornil a constaté, dans la plupart des cellules, des tubes contournés restés en place, des vacuoles volumineuses, au nombre de deux à trois parfois, remplies d'une boule ou gouttelette de substance albuminoïde solidifiée par l'acide employé. Une grande quantité s'en trouvait aussi avec de fines granulations protéiques dans la lumière des tubes urinifères distendus.

D'où il infère que les cellules rénales élaborent dans leur protoplasma et versent dans l'urine ces gouttelettes de substance protéique; fonction pathologique analogue à celle des cellules caliciformes de la muqueuse digestive sécrétant du mucus. C'est le mécanisme secret de la sécrétion albumineuse.

Ces recherches, répétées dans trois autres cas, ont donné des résultats identiques. (*Acad. des sc.*, avril, et *Journ. de l'anatomie et la phys.*, n° 4, avec planches.)

Salive albumineuse. M. Vulpian, ayant essayé les injections de pilocarpine chez un brightique, s'aperçut que la salive qu'elles provoquent en abondance contenait une plus grande quantité d'albumine qu'à l'état normal. Chez deux albuminuriques soumis à ces injections, M. Strauss constata le même effet. Ainsi, sur un homme de quarante ans, atteint depuis six mois d'une néphrite parenchymateuse, deux injections de chlorhydrate de pilocarpine et une de nitrate, faites à plusieurs jours d'intervalle à l'hôpital Tenon, ont eu pour résultat de faire apparaître jusqu'à 182 milligrammes d'albumine par 1000 grammes de salive filtrée. Deux centigrammes de nitrate de cet alcaloïde, injectés à neuf jours d'intervalle, à un homme de quarante-un ans, très albuminurique avec insuffisance mitrale, ont provoqué l'apparition de 145 milligrammes d'albumine par 1000 grammes de salive filtrée. Elle a été réduite, au contraire, à la proportion de 50 milligrammes chez un malade non albuminurique. (*Acad. des sc.*, juin.)

Les recherches de M. G. Pouchet lui ont donné jusqu'à 2 gr. 57 d'albumine sur 1000 grammes de salive. Il a pu constater aussi la présence du plomb chez les saturnins, tandis qu'il n'a pas rencontré d'arsenic chez les malades qui y étaient soumis, en raison sans doute de la faiblesse des doses, pas plus que de sucre chez les diabétiques. (*Idem*, juillet.)

D'où il suit que ces injections provoquent l'élimination par la salive d'une certaine proportion du principe toxique chez les albuminuriques. Reste à déterminer si cette élimination est locale ou générale.

Injection de pilocarpine. L'effet en a été très remarquable à l'hôpital Rotschild chez une jeune fille d'une quinzaine d'années, atteinte d'albuminurie, à la suite de refroidissement. Au bout de quelques jours, l'état général avait considérablement empiré; œdème notable, suppression complète des urines. La malade fut prise alors de convulsions cloniques d'une extrême violence : les accès, d'une durée de

deux minutes environ, se renouvelèrent jusqu'à vingt-deux fois dans l'espace de sept heures, laissant entre eux des intervalles de collapsus profond. M. Leven fit alors une injection de pilocarpine de 2 centigrammes. On n'observa, à la suite, aucun des effets physiologiques ordinaires; absence de sudation locale ou générale et de salivation. Une seconde injection, pratiquée dans la soirée du même jour, amena un peu de salive, mais rien de plus; à la troisième seulement, faite le lendemain matin, les résultats habituels se manifestèrent : au bout de deux minutes apparut, au pourtour de la piqûre, une rougeur assez vive et après quatre minutes, des sueurs se répandirent sur le front d'abord, puis sur tout le reste du corps. Une demi-heure après l'injection, la malade urina sous elle. Elle avait repris connaissance, mais ressentait encore dans les membres quelques mouvements spasmodiques. On fit une quatrième injection, après laquelle tous les phénomènes anormaux disparurent.

Le cas était intéressant à signaler. La température a oscillé entre 37 et 38 degrés. La salive contenait 98/1000 d'albumine. (*Soc. de biol.*, octobre.)

Alcalins. L'albumine qui se rencontre avec le sucre dans l'urine diminue constamment et disparaît même parfois. Sept observations de diabète avec albumine, recueillies à Cusset par le docteur Coignard, rendent ce fait évident. Des malades présentant de la céphalée avec somnolence, vomissements, sans trace de sucre dans l'urine, mais avec proportion élevée d'urée et d'albumine, ont été débarrassés rapidement de ces accidents par l'usage de l'eau alcaline ferrugineuse de Sainte-Marie, et l'albumine a disparu promptement dans tous ces cas. (*Journal de thérap.*, n° 5.)

Il est vrai que, simultanément avec l'usage de ces eaux, les malades, outre le changement de lieu, de climat, d'habitudes, de nourriture, étaient parfois soumis à d'autres médications, comme les douches froides, le régime lacté, etc. Est-il bien juste d'attribuer exclusivement la disparition de l'albumine aux alcalins, quand on sait que tous ces moyens peuvent y contribuer à la fois? Il s'agirait au moins d'en comparer l'usage au domicile même des malades, sans les autres accessoires, pour conclure positivement.

Fuchsine. Plusieurs guérisons autorisent à l'employer après l'indication qui en a été faite en 1876. Chez deux enfants ayant une albuminurie considérable avec anasarque, M. Bouchut les guérit en combinant l'usage de la fuchsine avec le régime lacté et le maillot de laine. Mais chez une troisième, où ces deux derniers moyens étaient seuls employés, l'enfant languissait et l'albumine ne diminuait guère dans l'urine. Elle a diminué rapidement, au contraire, du jour où la fuchsine a été ajoutée au traitement, et l'enfant a guéri après cinq mois. Une autre enfant a guéri en cinq jours par la fuchsine seule. Dix cas, ainsi récapitulés, permettent donc d'admettre son action curative.

Voici le mode d'administration :

℞ Julep gommeux..................	100 grammes.
Fuchsine.........................	0,15 centigrammes.
Aromatisez avec essence de menthe ou teinture de badiane.........	Q. S.

Par cuillerées à café dans les vingt-quatre heures. (*Gaz. des hôp.*, nos 8 et 9, et *Journ. des connaiss. méd.*)

Le contrôle fait, par M. Dieulafoy, sur l'action locale et générale de ce médicament, chez quatre malades atteints de néphrite interstitielle, parenchymateuse et mixte, n'a pas été aussi favorable. En l'administrant à la dose de 15 centigrammes par jour, d'une façon intermittente et par intervalles de dix à douze jours de suppression, soit seule, soit avec le régime lacté, et plus ou moins d'aliments, il n'en a observé aucune action générale. Dans aucun cas, il n'a constaté une amélioration réelle des symptômes thoraciques (dyspnée, accès d'oppression, associés à la bronchite ou à l'œdème), aucune amélioration des symptômes céphaliques (céphalalgie, vertige, torpeur), ni des symptômes cardiaques (palpitations, angoisse), et il n'est même pas certain que, dans deux circonstances, administrée à la dose de 15 centigrammes par jour, la fuchsine n'ait pas entretenu les nausées et les vomissements.

Son action *locale* est incertaine et irrégulière. Elle n'est pas diurétique. Dans deux cas, elle a modéré les envies fréquentes d'uriner. (*Gazette hebdom.*, nos 30 et 32.)

Quoi qu'il en soit de cette action thérapeutique, il ne

résulte pas moins de ces essais que la fuchsine n'est pas aussi malfaisante qu'on le disait, puisque, donnée aussi habituellement à faible dose, elle ne détermine aucun symptôme d'empoisonnement.

Albuminurie des adolescents. Cette espèce distincte est introduite par le docteur W. Moxon pour avoir constaté fréquemment et exclusivement l'albumine dans l'urine des jeunes garçons bien portants de seize à vingt-deux ans, immédiatement après leur déjeuner. Rien de semblable n'existait aux autres périodes du jour, et, après plusieurs mois et même des années de cet état, l'albumine disparaissait totalement, sans aucun effet morbide. Aucune cause appréciable ne pouvait rendre compte de cette albuminurie passagère. (*Guy hospit. reports*, 1878.)

Observée aussi par le docteur Dukes, cette forme spéciale s'est montrée moins stable. L'albumine se trouvait alternativement très abondante ou en minime quantité; elle disparaissait pendant plusieurs jours, pour reparaître ensuite après un repas copieux ou au moindre écart de régime. Dans les cas où elle était persistante, la diète lactée ou le séjour au lit la faisait aussitôt disparaître. Un repas copieux pris au lit n'en provoquait pas la moindre apparence, tandis que c'était le contraire en se levant. L'auteur attribue donc cette albuminurie des adolescents à l'hypertrophie du cœur résultant de la puberté et sa disparition momentanée dans le lit à la transpiration plus active de la peau suppléant la diurèse. (*British med. journal*, novembre 1878.)

MM. Rooke et John Fergusson ont constaté, même chez les filles de quatorze à seize ans, que la première urine du matin est régulièrement privée d'albumine, tandis que celle qui est rendue dans la journée en contient en quantité variable. Mais il suffit de placer les enfants dans une position horizontale pour qu'elle n'apparaisse pas, sans que le séjour au lit soit absolument nécessaire. L'action de la peau n'est donc pas indispensable. (*Idem*, octobre 1878.)

Ayant examiné, à ce point de vue, l'urine du matin de 119 soldats bien portants, le professeur Leube ne l'a trouvée albumineuse que chez cinq, mais, dans ces cinq cas, celle du milieu du jour contenait également de l'albumine ; elle était même plus abondante que dans celle du matin chez trois

de ces sujets. Elle fut aussi trouvée albumineuse chez neuf autres soldats dans le milieu du jour après les travaux ordinaires et à jeun, alors que celle du matin ne l'était pas. Aucune trace d'épithélium ni de globules sanguins ne se révélait dans cette urine albumineuse, qui, examinée dans deux cas, contenait de 37 à 68 millièmes d'albumine pour 100. Elle disparaissait d'ailleurs par le repos. (*Virchow archiv*, 1878.)

Il est donc démontré, par ces faits, que la station debout, sinon le travail, la fatigue, amènent, au moins chez certains jeunes gens, une albuminurie passagère que l'on peut attribuer à la pression du sang, mais sans que cette cause toute mécanique soit absolument prouvée. Ces recherches, ces expériences montrent la difficulté, sinon l'impossibilité de découvrir les causes de la présence de l'albumine chez l'enfant et chez l'adulte des deux sexes à l'état normal. S'il est avéré que, chez certaines personnes, les troubles, les désordres de l'assimilation augmentent la présence de l'albumine dans l'urine, qu'il y ait ou non maladie des reins, le fait n'est pas plus constant que son apparition momentanée après le repos. Rien n'est donc précisément fixe à cet égard. Tout est individuel, et l'on ignore les conditions précises de ces variations.

Albuminurie puerpérale. *Dyspnée.* Ce ne sont pas tant les convulsions que redoute le docteur Coe que la dyspnée, qui peut être mortelle, comme il en rapporte un cas. Elle fut le seul symptôme résultant de l'urémie dans deux observations. Des paroxysmes alarmants de dyspnée se montrèrent, vers le quatrième mois, chez une femme albuminurique dans la précédente grossesse. Pâle, anémique, elle était prise de toux avec expectoration sanglante, orthopnée pendant des accès presque continus. Heureusement, elle accoucha à six mois d'un enfant mort-né, et, tandis que la toux et l'expectoration furent excessives pendant les trois heures de travail, elles cessèrent aussitôt l'issue du fœtus. On ne peut donc pas en inférer rigoureusement que les accidents dépendaient de l'urémie.

Une primipare de trente-quatre ans éprouve, à quatre mois de grossesse environ, des paroxysmes de dyspnée qui l'empêchent de se coucher. La respiration est courte, gênée, en montant l'escalier. Albumine dans les urines. Léger œdème

des pieds. Du quatrième au septième mois, c'est-à-dire pendant la seconde période de la grossesse, tous les accidents disparaissent. Mais, vers le huitième mois, elle éprouve subitement deux accès de dyspnée violente. La respiration est courte et pénible avec toux et expectoration. Légère congestion d'un poumon; cyanose; décubitus impossible. Pouls à 120.

Bientôt elle accouche d'un enfant mort-né, après trois heures de travail. Aucun accident immédiat; la femme paraissait bien, et, la cause du danger passée, on pouvait croire qu'il n'y en avait plus. Quatre heures après avoir quitté la maison, au contraire, M. Coe y fut rappelé en toute hâte et trouva son accouchée dans un paroxysme de dyspnée extrême avec peau froide et livide, pouls filiforme et intermittent. Mort une heure après. (*Amer. journ. of obstetrics*, 1878.) Est-ce donc là des symptômes d'urémie, quand les urines n'ont pas même été analysées ?

ALCALINS. On savait déjà, par des observations nombreuses, que leur usage, de 2 à 8 grammes de bicarbonate de soude par jour, surtout sous forme d'eau minérale de Vichy ou de Pougues, diminue toujours la quantité de l'acide urique excrété sous forme d'urates dans l'urine, tandis que l'urée augmente. Son chiffre normal ne s'abaisse chez les sujets sains sous l'influence de cette médication que par les troubles digestifs qu'elle produit. C'est du moins ce qui résulte des observations faites sur des sujets indemnes de toute affection. Mais ce que l'on ne savait pas aussi bien, c'est que le sucre diminue aussi toujours plus ou moins dans le diabète, sous l'influence des eaux alcalines, et que l'albumine diminue constamment et disparaît même parfois. C'est ce que le docteur Coignard démontre par des observations concluantes recueillies à Cusset. Ils conviennent donc essentiellement dans les cas d'urémie chronique avec céphalée, somnolence, vomissements. (*Journal de thérapeut.*, n° 5.)

Leurs effets varient, d'après le docteur Ralfe, suivant qu'on les administre avant ou après le repas. 1 gr. 77 de bicarbonate de potasse donné une heure avant le repas diminue l'acidité de l'urine le jour même. L'urine n'est alcaline que pendant deux heures, et elle contient alors en

trois heures autant d'acide urique qu'en cinq dans l'état ordinaire. Mais l'acidité augmente de nouveau les jours suivants.

Au contraire, si le bicarbonate est pris après le repas, l'urine perd aussitôt son acidité, qui n'augmente pas les jours suivants.

A jeun, en effet, ce sel est absorbé et passe directement dans le sang, d'où l'alcalinité immédiate de l'urine. Pris pendant la digestion, il est décomposé par les acides de l'estomac ; l'acide carbonique est mis en liberté et s'échappe, tandis que l'alcali reste, est absorbé et alcalinise l'urine d'une manière durable.

D'où l'indication, dans la dyspepsie acide résultant d'une formation excessive d'acide dans l'économie, de donner les alcalins plutôt après le repas qu'avant. C'est le contraire quand les acidités de l'estomac résultent de la fermentation des aliments mal digérés ou d'un mucus morbide. En donnant les alcalins avant le repas, on diminuera l'excès d'acidité de la sécrétion gastrique qui trouble la digestion. (*Lancet*, 1878.)

ALCOOLISME. *Lésions du péritoine.* Elles consistent, suivant M. Leudet : 1° en une ascite qui s'accroît lentement, résiste aux traitements médicaux ordinaires et peut disparaître définitivement après une ponction, à la condition que les voies digestives soient en bon état ; 2° en des altérations inflammatoires chroniques : péritonite granuleuse, comme dans la tuberculose ; plaques laiteuses, rétraction et épaississement du mésentère ; rarement adhérences entre les feuillets du péritoine. On peut trouver, avec cette forme de péritonite, un peu de liquide limpide ou d'un blanc grisâtre, sans purulence franche ; ce liquide peut quelquefois avoir le caractère hémorrhagique dans une période avancée. La marche de ces lésions est lente, très insidieuse ; l'attention n'est appelée sur elles que lorsqu'elles sont très avancées ; elles paraissent résulter souvent de l'irritation graduelle de lésions du tube digestif, telles que la cirrhose gastrique avec ou sans ulcère, ou l'entérite.

Plusieurs faits, observés par le docteur Henrot, confirment ces lésions, notamment celui d'un gros marchand de vin, affecté d'abord de gastrite chronique, puis d'ascite, à la suite d'excès alcooliques. Le foie ne semblait point malade.

Une ponction fut faite pour évacuer le liquide de l'ascite. Des purgatifs et un peu d'eau de Vichy ont complété la guérison, et, depuis un an, celle-ci ne s'est pas démentie.

M. Denucé se disposait à pratiquer la paracentèse chez un alcoolique affecté d'ascite, qui se refusa à l'opération. Il eut alors recours à l'eau-de-vie allemande et au régime lacté, et, quelque temps après, l'abdomen, qui renfermait bien 12 à 15 litres de liquide, reprit son volume normal. La guérison se maintient depuis trois ans que le malade a renoncé à ses mauvaises habitudes. (*Ass. française*).

Coma alcoolique. La dilatation de la pupille n'en est pas un signe, comme tous les auteurs classiques l'enseignent, d'après le professeur Macewen, de Glasgow. Tandis qu'il a vérifié, par un grand nombre de tracés, que l'abaissement de la température variait de un à deux degrés comme dans l'hémorrhagie cérébrale, les fractures du crâne et l'empoisonnement par l'opium, il a toujours trouvé la pupille contractée. Il avait d'abord attribué cette divergence au liquide ayant amené l'ivresse ; mais ayant un jour rencontré la pupille dilatée chez un homme ivre-mort, qui avait fait une violente chute sur la tête, il fut amené à étudier ce symptôme plus minutieusement.

50 malades observés à l'hôpital, dans un coma complet, après quelque repos au lit, ont tous présenté, à l'exception d'un seul, une contraction très marquée de la pupille, celle-ci ayant le diamètre d'une tête d'épingle et parfois une oblitération complète. Le seul qui présenta de la dilatation avait reçu une contusion violente sur la tête, et l'on craignait une fracture du crâne ; mais en employant divers moyens de stimulation pour amener le réveil, comme la secousse de la tête, un petit coup sur le crâne, la traction des cheveux ou de la barbe, on voyait, cinq à six minutes après, la pupille se dilater progressivement jusqu'à dépasser la normale ; puis, après un intervalle de dix à trente minutes, un mouvement inverse se produisait, et la pupille revenait à sa contraction première. Ce phénomène de dilatation et de contraction s'observa sur 47 malades. Chez deux seulement, la contraction persista malgré le réveil, et l'on constata, après leur guérison, qu'une ancienne iritis avec adhérences en était la cause.

On s'explique ainsi l'erreur des anciens classiques qui ont constaté la dilatation accidentelle et transitoire de la pupille en excitant les malades, en les faisant sortir de leur coma. La contraction est, au contraire, un signe pathognomonique du coma alcoolique réel, complet, tandis que la dilatation indique une lésion ou une excitation cérébrale. (*Glasgow med. journal*, février.)

Voici le traitement recommandé par Atkinson :

Première période : *insomnie*; pouls dur, rapide, inappétence et pituite du matin.

℞	Teinture de rhubarbe	10 gouttes.
	— de cardamone composée	2 gr.
	— de jusquiame	2 gr.
	Acide cyanhydrique dilué	3 gouttes.
	Teinture de chloroforme	15 gouttes.
	Eau	30 gr.

Pour une dose à prendre toutes les quatre heures sans boissons alcooliques, sinon un peu de vin de Bordeaux; nourriture d'une digestion facile : essence de Brand de bœuf, lait, œufs, eau d'orge.

Deuxième période : *assoupissement*; pouls lent, anorexie complète, nausées constantes, sang riche en hydrocarbures. Même traitement sans acide prussique, inutile lorsqu'il n'y a pas d'excitation.

Troisième période : *delirium* ; insomnie absolue, cauchemars, hallucinations, la nuit surtout, pouls petit, rapide. Sang pauvre en hématies, riche en hydrocarbures. Hydrate de chloral, 1,50, toutes les quatre heures jusqu'à production de sommeil ; nourrir le malade avec soin et défendre les stimulants d'une manière absolue. Lorsque le chloral cesse de produire le sommeil, on y substitue le mélange suivant :

℞	Teinture de noix vomique	10 gouttes.
	— de gentiane composée	2 gr.
	Essence de citron	1 goutte.
	Teinture de chloroforme	15 gouttes.
	Eau	30 gr.

Répéter cette dose trois à quatre fois par jour. Le sommeil le plus souvent revient alors ; mais, l'insomnie revenant

aussi, le mieux est de se borner à la teinture de gentiane ou de colombo. (*The Practitionner*, janvier.)

C'est une décoction de quinquina rouge que le docteur Kerr recommande comme très efficace dans la dipsomanie. Faire bouillir pendant dix minutes 30 grammes de poudre de quinquina dans une pinte d'eau acidulée avec 100 gouttes d'acide hydrochlorique. Passer à froid et ajouter de l'eau sur le décocté jusqu'à remplir la pinte. La dose est de 60 grammes toutes les trois heures le premier jour, en la diminuant graduellement de fréquence et de quantité jusqu'à trois cuillerées à thé le septième jour.

ALIÉNATION MENTALE. *Déformation du crâne.* Une coutume très usitée, il y a encore peu de temps, parmi les habitants du Midi et aux environs de Toulouse en particulier, était de déformer la tête des enfants au moyen d'une coiffure singulière qui leur allongeait le crâne en forme de boudin. Longtemps on a cru que cette habitude ne constituait qu'une mode disgracieuse et bizarre dont on voit encore des spécimens, notamment à Roquecourbe (Tarn). Mais des statistiques locales ont montré que cette déformation prédispose à la folie et à l'épilepsie. Les aliénistes de Toulouse ont constaté que les asiles d'aliénés contenaient une proportion de déformés huit à dix fois plus forte que la population libre du département. M. Broca a montré que cette déformation entraîne d'autres dangers. Ceux qui échappent à la folie sont exposés à un travail pathologique du cerveau et de ses enveloppes. Deux autopsies faites à ce point de vue ont montré que la dure-mère adhérait fortement au crâne, et la table interne de celui-ci présentait des traces évidentes d'un travail inflammatoire ancien; de plus, le développement du lobe frontal ayant été gêné, cette partie si importante du cerveau était restée plus petite. Cependant les deux individus autopsiés n'avaient pas présenté de symptômes de maladie cérébrale ; ils étaient d'intelligence médiocre, mais n'étaient ni fous ni idiots. (*Soc. d'anthropologie.*)

Insomnie. Une injection hypodermique de 7 à 8 centigrammes de camphre dissous dans l'huile d'olive a donné au docteur Wilich des résultats plus satisfaisants comme

hypnotique que le chloral, la morphine et le bromure de potassium. Il réussit surtout dans la manie, la folie hystérique, l'hypochondrie. La sédation est très prompte et le sommeil durable. (*Gazz. med. Venete.*)

Atropine. A la dose de un demi-milligramme à un milligramme et demi par jour, M. P. Moreau a guéri l'entérite chronique d'une démente et d'une paralytique générale. On peut donc l'employer contre cette grave et fréquente complication de l'aliénation mentale. (*Ann. médico-psychol.*)

Troubles musculaires. V. PARALYSIE GÉNÉRALE.

Las neurosis. Névroses des hommes célèbres dans l'histoire de la République argentine, par J. M. R. Mejia, président fondateur du Cercle médical argentin de Buenos-Ayres. Un vol. in-8° de plus de 220 pages.

Cette première partie, consacrée à Rosas et à son époque, loin de se borner à discerner intimement les traits morbides du Néron argentin, d'en étudier toutes les manifestations et de faire ainsi un ouvrage original et intéressant sur ce grand monstre, est une dissertation très érudite des névroses en général et de leurs causes. Ce ne sont que citations d'un bout à l'autre, dont le plus grand nombre émane des aliénistes français ou de leurs ouvrages. C'est ainsi plutôt un recueil d'exemples, de faits de névroses ou névropathies diverses que l'histoire de celle de Rosas en particulier et son caractère héréditaire. On arrive à la fin sans en avoir une idée précise et nette, bien que la plupart de ces exemples s'y rapportent, car l'auteur fait participer celle-ci de tous les genres à la fois : c'est une *névrose multiforme.*

ALIMENTATION. *Lavements nutritifs.* Une discussion à la Société de thérapeutique de New-York, le 14 février, a montré que ce mode d'alimentation est en grand honneur aux Etats-Unis, notamment avec le sang défibriné. Il est employé avec avantage dans tous les cas où la voie gastrique est fermée ou embarrassée, comme dans le rétrécissement de l'œsophage ou de l'estomac, l'ulcère gastrique, l'hématémèse, la gastrite aiguë, l'irritabilité de l'estomac, les vomissements persistants, ceux de la grossesse et de

la ménopause en particulier, à la fin des longues fièvres, la fièvre typhoïde surtout, et la paralysie de l'œsophage succédant aux maladies aiguës et à la diphthérite. Plusieurs observations sont relatées par M. Flint à l'appui. Dans un cas d'hématémèse avec épuisement excessif, il fit nourrir le malade, pendant trois semaines, avec des lavements de bouillon, sans qu'il y eût une seule garde-robe, sans doute parce qu'on ajoutait occasionnellement quelques gouttes de laudanum pour procurer du sommeil. Cette alimentation exclusive dura quinze mois consécutifs dans un autre cas et persista par intervalles cinq années ensuite. La vie fut entretenue pendant près d'un an chez un troisième malade par ce moyen. Dans plusieurs cas d'ulcères gastriques, le docteur Smith a maintenu la nutrition par cette alimentation rectale pendant onze, seize et vingt-un jours.

D'où l'auteur conclut que la vie est compatible avec l'alimentation rectale exclusive; qu'elle peut améliorer, contre toute attente, l'état de malades incurables, et que l'accroissement du poids du corps en a même été observé.

Que les glandes si nombreuses du gros intestin suppléent celles de l'estomac et de l'intestin grêle, ou que celles-ci soient excitées par les lavements alimentaires, toujours est-il que la digestion rectale est réelle, sans l'aide d'aucun agent peptique artificiel. Ces lavements se composent ordinairement de jus de viande, de l'émulsion pancréatique faite avec cinq à dix onces de viande hachée, dont un tiers de pancréas frais de bœuf sans graisse et cinq onces d'eau, formant une consistance épaisse dont on injecte la partie liquide. L'extrait de Liebig, le lait, les œufs, le bouillon de mouton et de poulet sont également employés.

La dose est de 3 à 6 onces toutes les trois à six heures. Un lavement simple ou laxatif est préalablement nécessaire au début pour vider l'intestin ou le préparer. Un peu d'opium facilite la tolérance. On ajoute l'alcool et les médicaments nécessaires aux lavements, ou bien on les injecte isolément, sinon en injections sous-cutanées; un lavement d'eau apaise la soif. Les insuccès du début ne doivent pas décourager; l'accoutumance est rapide. Il faut s'arrêter quand l'intolérance se manifeste.

Les lavements alimentaires ne se poussent pas au delà du

rectum; mais, lorsqu'il devient irritable, une pinte de lait, injectée dans le côlon à l'aide d'une sonde, est gardée facilement. Ils s'administrent tièdes et avec lenteur, dit le docteur Armor, car le rectum, comme la vessie et d'autres viscères creux, ne supporte pas de distension subite. On est étonné, au contraire, de la grande quantité de substance liquide qu'il tolère lorsqu'elle est introduite avec précaution. Il a injecté ainsi du jus de viande crue avec du lait et fait absorber du chlorure de fer en grande quantité.

On applique immédiatement après une éponge ou une serviette sur l'anus, jusqu'à ce que le besoin d'expulsion ait cessé. Le confort qui suit un repas ordinaire ne tarde pas à se manifester.

Voici la formule du thé de bœuf recommandé par le docteur Peaslee : Réduisez en pulpe une livre de bœuf, en ajoutant un demi-litre d'eau froide. Après une heure de macération, chauffez doucement jusqu'à ébullition pendant deux minutes, et passez. Quatre onces à la fois, toutes les quatre heures, ont servi à nourrir une malade pendant dix jours. (*New-York med. Record,* janvier, et *Boston med. and surg. journal*).

Un mémoire sur l'*alimentation rectale*, relatant des faits et des expériences sur l'absorption des lavements nutritifs chez l'homme et les animaux, a aussi été soumis à l'*American gynecological Society*, par le docteur H. Campbell. Il l'a employée avec succès, pendant plusieurs semaines, contre une paralysie diphthéritique des muscles de la déglutition et dans un cas de constriction tétanique contre laquelle l'œsophagotomie était proposée. Pendant plusieurs jours, le malade fut soulagé des angoisses de la faim et de la soif par des lavements de thé de bœuf et d'eau. Il rappelle que le docteur Marshall Hall, de Londres, souffrant d'une obstruction cancéreuse de l'œsophage, put continuer ses travaux avec un noble zèle et prolonger sa vie pendant plusieurs mois en s'alimentant presque exclusivement avec des lavements nutritifs. Mais c'est surtout contre les nausées, les vomissements et l'inanition de la grossesse qu'il en a retiré les plus remarquables effets, en entretenant la vie de la mère pendant 52 jours, exclusivement avec ce mode d'alimentation. (Voy. VOMISSEMENTS.)

D'où il conclut ou plutôt infère qu'il existe une *inhaustion*

intestinale, action rétrostaltique du rectum et du gros intestin, inverse à l'action péristaltique normale, qui, en faisant remonter les liquides injectés jusque dans l'intestin grêle pour leur absorption, est assimilable à la déglutition. Mais ce n'est encore là qu'une ingénieuse hypothèse érigée gratuitement par l'auteur en nouvelle *fonction physiologique*. (*Transactions of the american gynec. Society*, vol. III, 1878.)

Cette alimentation par le rectum a réussi au docteur Créquy chez une femme atteinte de vomissements incoercibles pendant sa grossesse. Mais M. Dujardin-Beaumetz oppose que ce succès, comme tous les autres, est en contradiction avec l'expérience sur les chiens, — il aurait dû dire sur un chien. (V. Lavements, 1874.) Nous avons suffisamment répondu à cette prétendue objection pour n'y pas revenir. L'accueil qu'elle a reçue à la Société de thérapeutique en fait justice. Frappée de l'importance de cette communication, celle-ci a nommé immédiatement une commission pour étudier les effets de ces lavements alimentaires en employant la balance pour mieux en préciser l'action. Le fait invoqué par le docteur Labbée d'un malade, arrivé au dernier degré de la cachexie, qui a eu la vie prolongée pendant quarante-cinq jours par des lavements nutritifs, l'a surtout impressionnée. Donnés avec des précautions spéciales, ils sont d'un grand secours lorsque l'alimentation est impossible par les voies digestives ordinaires, suivant M. Féréol. Sur six malades soumis à des lavements nourrissants, dit M. Ferrand, cinq ont éprouvé une amélioration dans l'état général, la récupération des forces suivant que ces lavements étaient composés de bouillon, de lait ou de vin. (*Soc. de thérap.*, mars.)

Un homme qui, sous l'influence du délire alcoolique, s'était coupé la gorge et ouvert le larynx et le pharynx du même coup, ne pouvant être alimenté par les voies supérieures, fut nourri pendant vingt-un jours, dit le docteur Macleod, avec des lavements de thé de bœuf, d'œufs et de whisky. Il a guéri. (*Ann. méd. psycholog.*)

Une femme, atteinte de dyspepsie grave, avec vomissements incoercibles, entrée à l'hôpital de Laon il y a quelques années, y fut soumise par le docteur Catillon à des lavements nutritifs. Pendant huit mois, elle ne reçut absolument que des lavements de bouillon, d'œufs, de café et

un peu de laudanum, sans que les religieuses ni les infirmières de l'hôpital aient jamais découvert la moindre supercherie. (*Soc. de thérap.*, 22 juillet.)

Chez une demoiselle encore jeune, lymphatique, strumeuse, chloro-anémique et hystérique, atteinte depuis neuf ans d'une boulimie d'une extrême violence par intervalles, les vomissements étaient si opiniâtres que le docteur A. Dumas, de Cette, fut obligé à plusieurs reprises, pour prévenir l'inanition, de recourir aux lavements nutritifs, jusqu'à ce que l'estomac pût tolérer quelque chose. A deux reprises notamment, ces lavements eurent une influence décisive sur l'alimentation dans les circonstances suivantes.

Depuis dix-huit à vingt jours, la malade ne supportait que des fragments de glace ou quelques gorgées d'eau glacée. L'amaigrissement était considérable et la faiblesse si grande qu'elle s'évanouissait au moindre mouvement qu'on lui imprimait dans son lit. Des lavements composés de bouillon, de jus de viande, de vin et de pepsine furent alors administrés. Quatre à cinq étaient pris et gardés chaque jour en ajoutant quelques gouttes de laudanum, quand il survenait des coliques.

Pendant plus de quarante jours consécutifs, des vomissements incoercibles empêchèrent ainsi absolument l'alimentation par l'estomac. Il ne tolérait rien, malgré l'expérience et les ressources savantes des professeurs Combal et Courty, de Montpellier. Aucune attaque hystérique ne survint néanmoins pendant cette période. Des bonbons, puis des crèmes et du lait glacés furent tolérés peu à peu, et la malade se rétablit, au point de pouvoir aller faire une saison aux eaux.

Revenue de la campagne au mois d'octobre 1878, la boulimie fut accompagnée de vomissements bilioso-muqueux et même sanguinolents, l'état s'empira plus que jamais. Des injections morphinées, jusqu'à cinq centigrammes par jour, étaient indispensables pour faire taire des douleurs névralgiques atroces. La fièvre s'alluma avec des exacerbations quotidiennes et des vomissements de sang, des épistaxis, des hémoptysies, affaiblirent encore la malade, au point que, vers le milieu de décembre, sa maigreur extrême et le marasme où elle était plongée faisaient prévoir une fin prochaine.

C'est alors que l'usage des lavements nutritifs fut re-

pris, un toutes les trois heures, avec trois grandes cuillerées de bouillon fort, deux de jus de viande, une de vin et un gramme de poudre de pepsine. Ils étaient gardés et absorbés, car ils ne laissaient que peu de résidu. Selles rares, malgré quelques lavements rafraîchissants. Six à huit gouttes de laudanum étaient ajoutées en cas de coliques.

Jusqu'aux premiers jours de mars, soit deux mois et demi environ, l'alimentation s'est composée exclusivement de huit lavements comme ci-dessus dans les vingt-quatre heures. La malade les réclamait et en éprouvait le besoin quand l'heure approchait. Elle se disait réconfortée ensuite et s'en trouvait si bien, qu'à plusieurs reprises elle se refusa à en diminuer le nombre. Plusieurs tentatives d'alimentation stomacale, dans le courant de janvier, ne firent qu'augmenter les vomissements. L'eau glacée aromatisée, l'orangeade, la grenadine, l'eau de Vals n'étaient données que par gorgées, pour étancher la soif. Aussi les urines étaient rares et épaisses. Le cathétérisme, pratiqué pour des besoins douloureux d'uriner, montra la vessie vide. Anurie, suppléance partielle des reins par l'estomac, vomissements incoercibles, tout s'enchaînait.

En février seulement, l'estomac supporta, en certains jours, quelques cuillerées de lait glacé. Sa tolérance se rétablit graduellement. L'usage exclusif du lait jusqu'à un litre par jour put être supporté, et la malade en est ainsi arrivée graduellement à se nourrir de crèmes et de bouillons. (*Journ. de thérap.*, nº 9.)

Malgré l'objection tirée de l'état hystérique de la malade, c'est donc là un cas démontrant l'efficacité alimentaire des lavements nutritifs.

ALLAITEMENT. *Métrorrhagie en résultant.* Au lieu de l'effet ordinaire de la lactation, qui, en retentissant sympathiquement sur l'utérus, prévient les hémorrhagies, diminue et tarit même bientôt l'écoulement des lochies, surtout quand l'enfant est au sein, le docteur Lande signale un résultat opposé, observé chez deux femmes multipares qui avaient déjà nourri. Après huit jours d'allaitement normal et régulier, ces nourrices accusent une diminution notable du lait; les seins sont flasques, et le nourrisson témoigne par ses cris qu'il n'y trouve plus une nourriture suffisante. Un

2.

notable écoulement sanguin étant signalé, une potion avec 2 grammes de seigle ergoté est prescrite avec une alimentation tonique et reconstituante, quinquina. C'est en vain. L'écoulement persiste et augmente surtout pendant que l'enfant est au sein. Il suffit de faire cesser l'allaitement pour que l'hémorrhagie disparût dans le premier cas; mais, aucun des moyens employés ne put l'arrêter dans le second, la femme ayant voulu persister à nourrir. Le seigle ergoté et l'ergotine, le ratanhia et l'eau de pin gemmé, le quinquina, le perchlorure de fer à l'intérieur et en injections, l'application d'une ceinture, l'immobilité, mis successivement en usage pendant cinq semaines avec l'allaitement mixte, n'empêchèrent pas sa persistance, surtout pendant que l'enfant était au sein. Elle cessa immédiatement au contraire en confiant le nourrisson à une nourrice étrangère. (*Journal de méd. de Bordeaux*, nº 34.)

Il semble donc que l'allaitement, en provoquant et en entretenant la métrorrhagie, peut en être ainsi la contre-indication absolue chez certaines femmes. Il est vrai que les bains chauds, les injections d'eau chaude, les injections sous-cutanées d'ergotine, n'ont pas été employés dans ces cas; mais si la succion même est bien la cause directe de l'hémorrhagie utérine, il est évident que celle-ci ne peut cesser qu'en mettant fin à celle-là. Tout le problème est donc là.

Compression élastique contre les abcès du sein. V. Abcès.

AMPUTATIONS. *Emploi du thermo-cautère.* Après les essais avec l'anse galvanique, le couteau électrique et la bande d'Esmarch, pour empêcher l'effusion du sang, le professeur Dubreuil, de Montpellier, a eu recours au thermo-cautère dans quatre amputations de la cuisse, l'année dernière. Il n'y a eu qu'une seule guérison. Les trois autres cas étaient une gangrène sénile avec athérome des trois artères de la jambe, une ostéite épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur et une désarticulation de la hanche. La durée prolongée de l'ablation du membre autant que celle de l'anesthésie semblent compenser sinon dépasser les dangers de la perte de sang. Aussi un *tolle* s'est-il élevé, à la Société de chirurgie, à la communication

de ce fait, pour le réprouver comme méthode générale. Les chirurgiens les plus novateurs et hardis se sont prononcés contre, d'autant plus que la réunion immédiate est presque impossible avec ce procédé. C'est dont là une tentative mort-née d'avance. (*Soc. de chir.*, février.)

Drainage au catgut. Employé par M. Bœckel pour obtenir une réunion immédiate plus prompte. (Voy. Pansements.)

Troubles trophiques du moignon. Chez deux amputés, l'un de l'avant-bras, l'autre de la jambe, M. Duplay vit apparaître sur le moignon parfaitement cicatrisé des vésicules remplies de sérosité s'accompagnant de démangeaisons assez vives. Il s'y joignit même une sensation de brûlure et des élancements douloureux remontant le long du membre dans le second cas. Un eczéma en résulta, et, pendant six mois, il fut impossible à l'opéré de porter un appareil prothétique. Tous les deux guérirent six mois après.

C'est donc là une névrite trophonévrotique résultant de la section ou la contusion des nerfs périphériques. (*Soc. de chir.*, juin.)

Amputation de l'utérus. *Ligature élastique*. Cette opération redoutable a été pratiquée par le docteur Chauvel, chirurgien-major à l'hôpital d'Orléansville, le 7 janvier dernier, sur une femme de dix-huit ans, sept à huit mois après son premier accouchement, et par suite d'un véritable *arrachement* immédiat du placenta. Dès le lendemain, deux médecins constatèrent l'inversion utérine, sans qu'il leur fût possible de la réduire. Des hémorrhagies, avec écoulement purulent, avaient anémié cette femme qui, ne pouvant plus marcher, ni se livrer à aucun travail, entra à l'hôpital. Après l'essai pendant trois mois de manipulations directes et l'application du pessaire à air de Gariel, qui n'eurent d'autre effet que de provoquer d'abondantes hémorrhagies et une anémie progressive, l'opération fut exécutée de la manière suivante :

L'intestin vidé et la malade anesthésiée, la tumeur est amenée, avec les doigts, hors de la vulve. La continuité du pédicule de la tumeur avec le bourrelet circulaire formé par les lèvres du col est de nouveau constatée ; puis, après

une compression lente et douce pour en chasser le sang, et la pression de bas en haut du pédicule avec les doigts pour repousser l'intestin, qui aurait pu s'insinuer *dans le fond de la bouteille*, l'anse métallique d'un serre-nœud est portée au-dessous des doigts et du bourrelet cervical, serrée jusqu'à cessation du suintement sanguin de la surface de la tumeur. Des attelles de carton protégeant les parties voisines, un cautère rouge sombre trace, immédiatement au-dessous de cette anse, un sillon de quelques millimètres de profondeur. Un tube à drainage en caoutchouc, de 4 millimètres de diamètre, est placé dans ce sillon et assez fortement serré. Un fil ciré en fixe les deux chefs, dont les extrémités ainsi que celles du fil pendent dans le vagin pour servir de guide au besoin.

Le serre-nœud enlevé, on lave les parties avec une solution phéniquée et l'on repousse le tout sans la moindre effusion de sang. Des calmants sont donnés, après le réveil, pour endormir les douleurs, et l'opérée est ainsi conduite jusqu'au 16 janvier sans aucune complication notable. Des coliques violentes se déclarent avec plusieurs selles diarrhéiques. Dans ses efforts, l'opérée expulse un corps grisâtre, volumineux. C'était la tumeur, car, en pratiquant le toucher ensuite sur l'anse de caoutchouc, le doigt ne la rencontra plus, et le caoutchouc et le fil intact cédèrent à la traction avec un petit cylindre charnu, gris et purulent, gros comme le petit doigt. Un bourgeon mollasse insensible formait le moignon de l'utérus amputé.

A la fin de janvier, la guérison était complète, et cette femme quitta l'hôpital pour se placer en service, où elle se livre depuis aux plus rudes travaux sans douleur ni fatigue. (*Soc. de chir.*, avril.)

Un second succès a été obtenu par le docteur Hüe, chez une femme qui, ayant eu déjà six accouchements, fut atteinte d'inversion au septième par les efforts faits dans le décollement du placenta, qui est la plus fréquente cause de cet accident. Après un travail de vingt-une heures, le fœtus sort spontanément; mais, une hémorrhagie abondante s'étant manifestée, le médecin crut devoir tirer sur le cordon. Le placenta, n'étant que partiellement décollé, entraîna le fond de l'utérus, adhérant au dehors du vagin. Il fallut en détacher ainsi le placenta par morceaux, et, les tentatives pour le

réduire ensuite ayant été vaines, force fut de le placer simplement dans le vagin.

C'est alors que M. Hüe fut appelé. Après avoir calmé les douleurs avec une injection morphinée, il échoua dans les divers procédés de réduction avec les doigts et les instruments. Un ballon en caoutchouc coiffant la tumeur ne put être supporté plus de quarante-huit heures. Pendant quatre mois que la femme resta dans cet état, elle eut des pertes utérines abondantes qui rendirent l'amputation indispensable.

Cette opération eut lieu dix jours après les règles. La tumeur étant fixée par une pince, une ligature en caoutchouc fut appliquée. Quinze jours après, une hémorrhagie abondante se manifesta, qui fut arrêtée par le tamponnement. La tumeur tomba le quinzième jour. Une seconde ligature fut appliquée quatre jours après sur la partie péritonéale, qui s'élimina du trentième au quarantième jour, en laissant un col parfaitement conformé. (*Idem*, juin.)

Un autre succès a été obtenu par le docteur Cazin de Boulogne, sur une fille de 19 ans, avec le serre-nœud de Græfe. Accouchée à sept mois après une chute, d'un fœtus mort, elle eut une légère métrorrhagie après la délivrance, lorsqu'au neuvième jour, elle sentit, dans un effort de défécation, quelque chose qui lui sortait du corps. A l'examen, une tumeur faisait saillie dans le vagin. C'était une inversion utérine *totale*, qui, pendant sept mois, ne put être réduite par aucun moyen.

Après s'être assuré, par le toucher et l'examen, de la nature de la tumeur, et l'avoir attirée au dehors, l'opérateur glissa l'anse métallique, guidé par l'indicateur gauche, jusque sur le pédicule en s'assurant qu'il ne contenait ni anse intestinale ni diverticulum de la vessie; la striction du fil fut faite lentement, jusqu'à l'hémostase, sans entamer les tissus. Des injections hypodermiques morphinées calmèrent les douleurs. Aucune complication fébrile ne suivit. Le fil est resserré le quatrième jour, et, le neuvième, la tumeur est réséquée au-dessous de la ligature avec des ciseaux courbes. La guérison était complète trois semaines après. (*Idem*, octobre.)

L'emploi de l'écraseur linéaire serait sans doute beaucoup plus expéditif; mais, comme l'a dit M. Tillaux, il serait

imprudent de l'appliquer sur des vaisseaux aussi gros que ceux de l'utérus d'une nouvelle accouchée. Il agit par écrasement, tandis que la compression élastique agit par ulcération. Voy. HYSTÉRECTOMIE.

AMYOTROPHIES. Trois causes peuvent les produire, selon M. Desnos : outre la dégénérescence primitive idiopathique des muscles, celle des cellules des cornes antérieures de la moelle, aussi bien que celle des nerfs périphériques, peuvent les provoquer. Les lésions rencontrées par MM. Lasègue, Landouzy, Joffroy, dans l'atrophie musculaire consécutive à la sciatique, l'établissent anatomiquement. Cette dernière cause est même la seule admissible dans les amyotrophies localisées. (*Soc. méd. des hôp.*, mai.) Voy. ATROPHIES MUSCULAIRES.

ANÉMIE. Sa fréquence et ses manifestations multiformes la font si souvent confondre avec la chlorose, que le docteur Greletty, dans des considérations pleines d'humour et de sens pratique, cherche à les distinguer par des caractères plus palpables et évidents que l'hypoglobulie qui leur est commune et aussi difficile à constater qu'à différencier. Entité pathologique définie, la chlorose tient à la constitution même des organes génitaux et est presque toujours en rapport avec leur développement, tandis que l'on aboutit à l'anémie par des causes multiples, extérieures souvent et inhérentes à l'individu. En dehors des anémies dites essentielles, il range les autres dans les trois groupes suivants :

Anémies par déperdition du sang ou de tout autre liquide ;

Anémies par privations, défaut d'alimentation ou d'assimilation (dyspepsies) ;

Anémies diathésiques et toxiques.

Le peuple est ainsi plus exposé à l'anémie, tandis que la chlorose hante de préférence les classes élevées de la société. Les jeunes filles du monde sont ainsi victimes de l'ennui, de leur imagination, du défaut d'exercice et d'activité, de veilles prolongées et de toutes les circonstances morales annihilantes de leur milieu. De là la différence dans l'hygiène et le traitement.

Les signes extérieurs sont insuffisants à distinguer l'une

de l'autre. On prend souvent une tuberculose commençante pour de la chlorose. Les pâles couleurs et la leucorrhée ne sont pas spéciales aux chlorotiques. La chlorose se dissimule parfois sous les roses du teint et certaines apparences de santé. Mais, dès qu'elle est constatée, il faut diriger le déploiement de toutes les forces de l'organisme vers l'évolution calme et régulière de la fonction ovarienne, régler la vie des malades selon les lois naturelles, en faisant à chaque appareil organique sa part voulue d'activité et de repos. Les erreurs dans le régime alimentaire, l'impureté de l'air, l'absence de soleil, l'insuffisance des actions musculaires ou leur exagération, l'activité immodérée des centres nerveux dans l'exercice des facultés intellectuelles et affectives, les excitations sexuelles précoces, les passions hâtives et profondes, les lectures romanesques, sont surtout préjudiciables.

Les préparations martiales conviennent essentiellement aux chlorotiques, n'importe sous quelle forme, dès qu'elles sont bien administrées. C'est la pierre de touche et la confirmation du diagnostic. Si le fer est bien supporté, si les troubles digestifs n'en sont pas aggravés et que la résurrection se prononce, on sera sûr d'avoir touché juste.

Au contraire, il faut se garder d'indiquer le fer aux personnes minées par l'inanition ou ayant subi d'abondantes hémorrhagies. Ce serait jeter de l'huile sur du feu. Une alimentation réparatrice sera bien plus salutaire. Le beefsteack fera merveille, alors que les ferrugineux aggraveraient la situation. Le fer était ainsi ordonné à une pauvre femme minée par la misère et les privations et qui depuis longtemps ne mangeait pas à sa faim. Admise à l'hôpital, il a suffi de lui donner les quatre portions pour la remettre sur pied, malgré l'atmosphère peu reconstituante des salles. A force de jeûnes et de souffrances, une femme de trente-sept ans avait ainsi dépensé presque tout son capital de vitalité, lorsqu'elle entra à l'Hôtel-Dieu. Les règles étaient supprimées depuis plus d'un an, avec diarrhée intense, névralgie intercostale, œdème des membres inférieurs, sans albumine dans l'urine, trait caractéristique des anémies par inanition. Il n'y a pas d'infiltration dans l'hypoglobulie simple.

Les anémiques sont ordinairement susceptibles de réaction à un moment donné. Des dames restent couchées, in-

capables de se mouvoir, et passent très bien des nuits entières au bal, en ne manquant pas un quadrille, sans effort ni lassitude. Les chlorotiques en sont incapables.

C'est à tort que l'on fait de l'hypoglobulie le trait saillant de l'anémie et que l'on ordonne indistinctement le fer et l'hydrothérapie pour la faire disparaître. L'hypo-albuminose succédant à des diarrhées spoliatrices, des écoulements abondants, a autant et plus de gravité que la disparition d'un ou deux millions d'hématies. Telle demoiselle n'ayant que de l'hypoglobulie peut subir impunément les exigences de la vie mondaine, impossibles pour les individus amoindris et débilités par les jeûnes et la misère. Un phosphaturique de trente-trois ans pouvait ainsi faire à peine quelques centaines de mètres à pied, malgré ses proportions herculéennes; sa santé était évidemment plus compromise par cette élimination insolite de phosphates que par la perte momentanée de globules rouges.

Un chien soumis à une diète absolue maigrit et diminue, bien que sa proportion globulaire reste à peu près constante. Il ne faut donc pas ajouter tant d'importance à ces numérations, car, si le chiffre des globules ne se modifie pas sous cette influence expérimentale, il est évident que le sérum n'a plus la même densité ni la même quantité d'albumine, de fibrine, de matières extractives, de sels solubles, etc., puisque la plupart de ces matériaux du sang sont apportés par l'alimentation quotidienne.

Aussi le vulgarisateur de la méthode ne s'en tient-il plus à la quantité de ces globules; c'est leur qualité, leur volume, leur forme, leur aspect, qu'il vise actuellement, leur pauvreté ou leur richesse en hémoglobine, sans qu'aucun de ces caractères serve à distinguer la nature spéciale de l'anémie. Le problème n'est ainsi envisagé que sous l'une de ses phases, et c'est en s'y appesantissant d'une manière exclusive que l'on préjudicie à un bon diagnostic différentiel. (*Lyon méd.*, nº 14, avril.)

Altérations du sang. C'est un signe beaucoup plus sûr, d'après le docteur Quinquand. Ici, l'hémoglobine descend rarement au-dessous de 60 grammes par 1,000 quelle qu'en soit la cause, l'origine palustre ou gravidique, excepté l'anémie essentielle progressive dite pernicieuse, tandis qu'elle

est généralement au-dessous de 60 grammes dans la chlorose. Le sérum, toujours normal dans celle-ci, ne l'est jamais dans celle-là, et les matériaux fixes y sont toujours en diminution notable. La distinction est donc facile. (Voy. SANG.)

Diminution de l'urée et de l'acide phosphorique. Elle est très considérable dans l'anémie chronique primitive, surtout lorsqu'elle est compliquée de démence ou de manie subaiguë. Le docteur Th. Deeke l'a constaté sur de nombreux malades, tandis que, dans l'état de santé, l'excrétion urinaire de ces éléments est parfaitement uniforme de jour et de nuit, comme d'un jour à l'autre, sans que l'activité physique ou cérébrale y apporte des différences notables dans la quantité de l'urée, ainsi que M. Byasson l'avait déjà observé sur lui-même. L'anémie indique donc une grave perturbation dans la nutrition des tissus, et une diminution dans les échanges des matériaux de l'organisme, coïncidant surtout avec la surexcitation mentale, laquelle semble apporter un obstacle au mouvement de composition et de décomposition.

Il y a, au contraire, un accroissement remarquable de ces échanges par le repos, quand l'anémie revêt un caractère plus aigu et que les conditions physiques et mentales sont à l'état sain. Le mouvement d'échange n'est nullement influencé par une perte de sang, même considérable, dans l'anémie aiguë.

Dans l'anémie secondaire, il y a un accroissement morbide dans l'échange des matériaux au détriment des tissus. D'où il semblerait résulter l'indication du repos corporel et mental dans le traitement de l'anémie, ce qui est en contradiction avec la clinique.

Anémie essentielle et progressive. *Altérations du sang.* D'après les recherches du docteur Quinquand, l'hémoglobine descend rapidement, au début, à 78 gr. 12 sans pertes sanguines, et jusqu'à 46 gr. 87, 41 gr. 66 et même au-dessous lorsque ces pertes ont lieu. A la période d'état, il n'en existe plus que de 62 à 57 grammes, et elle a même descendu à 26 gr. 3 dans un cas mortel. C'est là un chiffre toujours fatal, de même que celui du pouvoir oxydant de 40 à 50 centimètres cubes.

Mais au-dessus de ces chiffres, indiquant fatalement une mort prochaine, il n'est pas rare que ces éléments subissent des oscillations en plus ou en moins, par suite de l'hygiène ou du traitement des malades, et qui sont parfaitement en rapport avec la clinique. Le sérum est toujours altéré dans ses matériaux solides, ce qui suffit à la distinguer de la chlorose. (Voy. ce mot.) Pour 1,000 grammes de sérum, les matières solides s'abaissent rapidement à 80 et même 70 grammes, et de 63 à 55 grammes dans la période d'état, au lieu des 90 grammes de l'état physiologique. (Voy. SANG.)

Ces dosages périodiques sont donc très instructifs pour le médecin et lui permettent de suivre avec une méthode rigoureuse les progrès de la maladie en bien ou en mal. Il est facile de juger ainsi si la thérapeutique instituée est favorable, et c'est une indication précise pour la modifier au besoin. (*Archiv. de méd.*, septembre.)

Etiologie parasitaire. L'anémie idiopathique ou essentielle d'Addison, appelée ainsi pour la distinguer des anémies symptomatiques, si fréquentes aujourd'hui qu'on les rencontre partout, n'a pas encore livré le secret de sa cause. Les récentes observations de Gusserow et de Biermer, en fixant spécialement l'attention des médecins contemporains sur cette espèce morbide grave, en provoquant de nouvelles recherches cliniques et de profondes investigations microscopiques, n'ont pu encore la différencier que par sa marche progressive et ordinairement fatale. Aucune cause spéciale n'a pu lui être particulièrement attribuée; aucune lésion anatomo-pathologique ou histologique distincte, ni dans le sang, ni dans la moelle des os, n'a pu en rendre compte dans tous les cas. Les symptômes eux-mêmes n'offrent rien de constant que leur extrême gravité. Elle a aussi été confondue avec la chlorose, l'anémie puerpérale, par les plus éminents pathologistes : Andral, Piorry, Trousseau, Wunderlich, Lebert, et décrite comme telle. Aussi M. Lépine, qui en a scruté, analysé, discuté minutieusement les divers caractères, n'a pu en faire une entité distincte des autres formes d'anémie. (Voy. *année* 1876.)

On en distingue pourtant une espèce spéciale : c'est l'anémie des pays chauds. Connue et désignée autrefois

sous le nom de cachexie aqueuse en Egypte, de mal d'estomac, de cachexie africaine aux Antilles, de *cançaço* ou *oppilacdo* au Brésil, c'est-à-dire faiblesse qui traduit le phénomène extérieur, elle est appelée aujourd'hui hypoémie intertropicale. C'est sous ce nom que nous l'avons décrite à propos de la découverte de l'anchylostome de Dubini, faite par Wucherer dans le duodénum des malades qui en sont morts au Brésil, comme Griesinger l'avait faite au Caire en 1852, et constatée de même par les médecins français chez les hypoémiques de Mayotte et de Cayenne. (Voy. *années* 1866 et 1868.)

Y a-t-il ressemblance, analogie ou similitude entre cette anémie d'origine parasitaire des pays chauds et l'anémie progressive des climats tempérés? telle est la question qui s'impose en présence des nombreuses observations recueillies en Italie, pendant les deux années précédentes, d'anchylostomes constatés sur des anémiques de la province de Pavie en particulier, tout en se rencontrant aussi à Florence et à Milan. Le professeur Morelli l'observa chez une paysanne de vingt-un ans, atteinte d'anémie grave dont la cause ne put être cliniquement démontrée et qui fut rebelle à tous les remèdes. L'autopsie révéla un état anémique des divers organes, l'absence de lésions spléniques et une légère dégénérescence graisseuse du cœur avec une grande quantité d'anchylostomes dans le duodénum. Les globules blancs du sang étaient à l'état normal, mais les rouges étaient altérés et se divisaient en fragments, en microcytes. (*Lo Sperimentale*, janvier 1878.)

L'anémie peut donc bien être attribuée ici aux anchylostomes, qui la déterminent soit en provoquant de fréquentes hémorrhagies intestinales, comme en Egypte, soit en empêchant la chylification et par conséquent une sanguinification incomplète. Ce parasite entraîne ainsi la léthalité, suivant le professeur Sangalli, et une anémie plus ou moins rapide et intense suivant le nombre, d'après le docteur Sonsino. (*Imparziale*, mai 1877.)

Dans un autre cas d'anémie grave et mortelle observé au grand hôpital de Milan, on rencontra de très nombreux anchylostomes dans le duodénum et l'intestin grêle avec de petites ecchymoses sur la muqueuse.

Suivant MM. Grassi et Parona, qui ont fait de nombreuses

recherches à ce sujet, il est facile de diagnostiquer la présence de ce parasite, par l'examen microscopique des selles et des vomissements des malades. Un grossissement de 90 diamètres suffit, en diluant les matières dans un menstrue quelconque. On y découvre à peine les œufs en segmentation lorsque ces matières sont récentes, les embryons et les larves lorsqu'elles sont plus anciennes. Jamais ils n'ont rencontré l'anchylostome complet, pas plus que du sang noir ou altéré. De nombreux examens de ces matières, provenant de malades divers, ne leur ont offert l'œuf de l'anchylostome que dans les cas suivants :

Jeune paysanne de 22 ans, dont les données étiologiques sont insuffisantes à expliquer la grave anémie.

Adulte alcoolique atteint de cachexie palustre et d'athérome diffus.

Vieillard athéromateux et très affaibli.

Paysan de 33 ans, placé à la clinique médicale de Pavie pour une insuffisance mitrale avec rétrécissement commençant. De constitution robuste, il est réduit à un état cachectique profond, sans rapport avec l'altération cardiaque.

Un mendiant de 40 ans, placé à la clinique pour une côlite, sans dépérissement sensible, présentait de rares œufs dans ses selles abondantes.

Un homme de 53 ans, ayant subi de nombreux accès de fièvres paludéennes et offrant l'apparence d'une anémie extrême, entré à la clinique pour une pneumonie droite, présente aussi quelques œufs d'anchylostome.

Un marchand des quatre saisons de 22 ans, admis pour une anémie extrême et des troubles gastriques provenant d'une petite tumeur, rendait en abondance de ces œufs.

Une fille de 8 ans, entrée pour une cachexie palustre, en rendait en petite quantité.

Une femme de 30 ans, admise pour une fièvre intermittente de deux mois de durée, avec anémie extrême et infiltration, en présentait au contraire en abondance.

Sauf le mendiant, tous ces malades accusaient de la constipation ; mais l'examen des matières fécales décela une couleur brunâtre indiquant la présence de l'hématine.

Une poudre anthelmintique, composée de santonine, calomel et jalap, ayant été administrée à plusieurs de ces anémiques pour l'élimination du parasite, l'une d'elles, la

première, rendit immédiatement 15 anchylostomes et l'enfant de 8 ans en expulsa jusqu'à 22 en complet développement. C'est donc là un moyen d'en tenter l'expulsion pour en constater l'existence chez les malades suspects. (*Ann. universali di medicina.*)

Cette année même, le docteur Graziadei a constaté l'œuf de l'anchylostome duodénal dans les excréments de deux malades, à Turin, qui présentaient des symptômes d'anémie extrêmement graves. Chez l'un, le diagnostic, fait par le microscope pendant la vie, fut vérifié à l'autopsie. On trouva plus de mille anchylostomes dans l'intestin grêle.

C'est la première fois que la présence de ce parasite est signalée en Piémont. Dans la clinique du docteur Bozzolo, se trouvent actuellement deux malades qui présentent des phénomènes à peu près semblables à ceux de la *chlorose d'Egypte*, ou *chlorose des tropiques*, due, comme on sait, à la présence de nématoïdes dans l'intestin. De ces deux malades, l'un n'a jamais quitté le Piémont, l'autre n'a fait qu'un court séjour en Sardaigne. Tous deux ont rendu une quantité considérable d'œufs d'anchylostome duodénal (*Anchilostoma Dubini*). Celui des deux qui en a rendu la plus grande quantité est le plus malade. Chez le second, on trouve de temps à autre, dans les fèces, du sang plus ou moins altéré. Les œufs recueillis dans les fèces ont été cultivés, et les docteurs Graziadei et Perroncito ont reconnu qu'il s'agissait bien d'anchylostomes. Sur les quatre malades observés jusqu'ici, il y a une femme et trois hommes, tous occupés à cuire des briques. (*Osservatore*, *Gazz. delle clin.*, juin.)

Ces faits sont insuffisants sans doute pour affirmer l'étiologie parasitaire de l'anémie progressive. Ils sont trop vagues et concis pour entraîner la conviction. Mais leur ensemble et leur nombre commandent au moins l'attention à cet égard, d'autant plus que la vérification est facile à faire et sans danger.

C'est aussi, en dernière analyse, la supposition à laquelle se laisse aller, presque de force, le docteur G. Homolle à propos d'un cas d'anémie cachectique, observée à la clinique de l'hôpital Necker, chez un employé de 48 ans, et terminée par la mort en deux mois et demi. Rien autre qu'une diarrhée abondante au début ne put être observé pendant

la vie, et l'autopsie, en ne révélant qu'une congestion circonscrite au duodénum, laissa un X sur la cause de cette anémie, démontrée par 536,000 globules rouges seulement par millimètre cube, sans augmentation des globules blancs. Malheureusement, ni l'examen des selles, ni celui des liquides ou de la muqueuse du duodénum n'a été fait pour constater l'anchylostome. (*Union méd.*, n° 79.)

La présence de ce parasite rendrait d'autant mieux compte de cette anémie pernicieuse qu'elle est souvent attribuée à un cancer occulte, comme dans le cas suivant, observé par nous cette année.

Un ouvrier de 56 ans, en parfaite santé, est pris, après son repas ordinaire de midi, de vomissements qui se prolongent jusque dans la nuit avec coliques très douloureuses, malgré l'usage des calmants. Je diagnostiquai une simple indigestion; mais, la diarrhée persistant les jours suivants, on me rappela ; je prescrivis la diète, des cataplasmes et des lavements. La diarrhée persista néanmoins une quinzaine, et ce n'est que graduellement que le malade put reprendre son alimentation ordinaire.

Il avait beaucoup maigri dans cet intervalle, quoique sans fièvre ni aucune autre cause pouvant en rendre compte. Je crus à une intoxication accidentelle. Le teint était jaune ictérique. Les forces ne lui permirent plus guère dès lors de sortir, et, un jour qu'il le fit, il se refroidit en se reposant, et une bronchite aiguë, entée sur un catarrhe ancien, détermina de la fièvre pendant quelques jours. Une douleur en avant de la région splénique y succéda et le priva de sommeil. Puis tout disparut, sauf la faiblesse ; on crut à une convalescence franche ; et l'appétit aidant, ainsi que la digestion, des selles et des urines normales, un régime tonique, fortifiant, fut institué avec l'usage du fer. Mais ce fut en vain que le malade se nourrissait très bien : il s'affaiblissait chaque jour davantage. Des pétéchies apparurent sur les cuisses; les pieds s'infiltrèrent; il y eut des sueurs nocturnes, et, après deux mois, M. Bucquoy étant appelé, il ne trouva aucune lésion appréciable après un examen approfondi. Pas de chaleur ni de fièvre. Pas d'albumine dans les urines. Il soupçonna aussi un cancer latent. L'extrait de quinquina à haute dose ne réussit pas mieux que le fer ni la diète lactée, successivement employés. Le

malade s'affaiblit et s'éteignit, un mois après, d'une anémie progressive ayant duré trois mois environ.

Transfusion du lait. (Voy. ce mot.)

ANESTHÉSIE. Il résulte des expériences comparées faites par M. Arloing sur l'âne et le cheval par des injections intra-veineuses d'une solution étendue de chloral, de chloroforme et d'éther, que, d'après les tracés cardiographiques, ces anesthésiques ne produisent pas les mêmes effets. Tous les trois déterminent une accélération des battements du cœur, mais plus considérable et plus prompte avec le chloroforme, tandis que le chloral en produit au préalable le ralentissement. De plus, le chloral et l'éther font baisser la pression dans le ventricule droit, tandis que le chloroforme la fait augmenter ; enfin, ce dernier et l'éther augmentent la force des systoles, alors que le chloral la diminue. De ces données, on peut conclure que la circulation pulmonaire est activée pendant l'action du chloral et de l'éther, ralentie pendant l'action du chloroforme.

Les modifications simultanées de la circulation dans les artères et dans les veines indiquent que l'écoulement du sang dans les capillaires diminue faiblement au début de la chloralisation et de l'éthérisation, pour augmenter beaucoup ensuite, tandis qu'après une augmentation très fugace, il diminue au début de l'imprégnation par le chloroforme, pour devenir ensuite graduellement plus considérable, sans atteindre toutefois la rapidité qu'il avait à l'état physiologique.

D'après l'état de la circulation cérébrale pendant le sommeil anesthésique et des examens ophthalmoscopiques, l'auteur est d'avis que tous les anesthésiques ne produisent pas les mêmes effets sur le système capillaire et qu'il est impossible de conclure d'un seul anesthésique à tous les autres. Tandis que le sommeil par le chloroforme s'accompagne d'anémie, le sommeil par le chloral et l'éther est caractérisé par l'hyperémie cérébrale. Il arrive encore à cette conclusion que les modifications de la circulation encéphalique ne sont pas essentielles et, partant, ne sauraient être regardées comme la cause du sommeil artificiel.

Quant à l'abaissement de la température, constaté depuis

longtemps, il coïncide avec une augmentation absolue de la quantité d'oxygène et une diminution de l'acide carbonique dans le sang artériel et dans le sang veineux. Les différences obtenues avec le chloral tiennent à la dose employée, comme on l'observe en le donnant à dose hypnotique, puis à dose anesthésique.

Le ralentissement des combustions organiques, chez les animaux qui ont franchi la période d'excitation de l'anesthésie, est donc la cause principale, constante, du refroidissement. Mais, comme il n'est pas proportionnel à la diminution de l'acide carbonique formé par l'économie, il faut ajouter à celle-ci des causes accessoires qui varieront en nombre et en importance avec les agents anesthésiques; tels sont : l'état du réseau capillaire cutané et pulmonaire, la vaporisation de l'anesthésique dans le poumon. (*Acad. des sc.*, août.)

Danger dans les fractures. La période d'excitation initiale peut entraîner des conséquences très fâcheuses et transformer une fracture simple en fracture ouverte. Pour supprimer cette période d'excitation, M. Poncet a soin de faire d'abord une injection hypodermique de 1 à 3 centigrammes de chlorhydrate de morphine; l'anesthésie par le chloroforme ou par l'éther s'opère ensuite sans agitation.

Un nouveau mélange anesthésique a été fait par le docteur Wachsmuth, consistant dans l'addition d'un cinquième d'essence de térébenthine au chloroforme. La térébenthine, dit-il, détermine sur la surface respiratoire une sensation de rafraîchissement et empêche ainsi la paralysie des poumons. Il augmente aussi la capacité des vésicules pulmonaires, et, en permettant aux vapeurs chloroformiques de se disséminer sur une plus grande étendue, il laisse la faculté d'en introduire sans péril une plus forte dose. Pour les malades, cette méthode, étant plus rapide, est plus agréable; et pour le médecin, elle a le plus grand avantage.

Cornet à anesthésie. Sur les indications du professeur Guyon, un petit appareil spécial a été fabriqué par Collin qui permet de faire inhaler les vapeurs anesthésiques dans les meilleures conditions. Il est tout simplement constitué par un masque en fil de fer destiné à recevoir et à main-

tenir sur sa surface extérieure la compresse sur laquelle on verse le chloroforme. Dans ces conditions, la compresse ne risque pas d'être appliquée sur le nez ou la bouche du patient, et un certain espace libre, favorable à l'inhalation, existe entre ces orifices et la compresse.

The advantages and accidents of artificial anesthesia (Avantages et accidents de l'anesthésie artificielle, ou manuel des agents anesthésiques et leur emploi), par le docteur L. Turnbull, avec 27 figures. Philadelphie.

Une seconde édition, un an seulement après la première, témoigne de l'utilité pratique de ce livre et des renseignements précieux et exacts qu'il contient sur la découverte de l'éthérisation, ses dangers comparés à ceux du chloroforme, dont 370 cas de mort sont relatés. Le chloral et le protoxyde d'azote sont aussi examinés au point de vue médico-légal.

Anesthésie obstétricale. En donnant, à une femme en travail qui redoutait l'action du chloroforme, 1 gr. 20 de bromure de potassium et 90 centigrammes de chloral toutes les heures, jusqu'à insensibilité, le docteur Richardson obtint un sommeil profond, troublé seulement par les contractions dont la femme était inconsciente. On peut donc utiliser ce mélange dans le travail très douloureux. (*New Orleans med. and surg. journal.*)

Anesthésie sous cloche, *avec le protoxyde d'azote.* Une première application en a été faite sur l'homme selon la méthode de M. P. Bert, c'est-à-dire sous pression. Une cloche suffisamment spacieuse pour contenir sept personnes put être rencontrée dans un établissement aérothérapique où la pression fut élevée graduellement jusqu'à 17 centimètres, sans que personne en ressentît d'autre incommodité que de légers bourdonnements d'oreilles et une certaine tension du tympan.

Il s'agissait d'un arrachement d'ongle incarné chez une jeune fille de vingt ans. M. Préterre, dentiste américain, qui se sert habituellement de ce gaz chez ses patients pour leur éviter la douleur de l'extraction, fut chargé de l'inhalation du mélange de 85Az O et 15 O renfermé dans un sac en

caoutchouc. En un quart de minute, l'insensibilité et la résolution musculaire survinrent subitement. M. L. Labbé procéda immédiatement à l'extirpation, sans que l'opérée manifestât la moindre douleur, ni aucun mouvement réflexe. Il n'y eut pas trace de cyanose; aucun changement du pouls ni de la teinte de la peau. En quatre minutes, opération et pansement étaient terminés, et il se manifesta quelques contractures des mains et des pieds, que la suspension de l'inhalation fit immédiatement disparaître. L'opérée, en se réveillant, se plaignit de souffrir et pleura; mais, une minute après, ces accidents purement nerveux étaient disparus; l'opérée se mettait sur son séant, déclarait n'avoir rien senti et s'être crue transportée au ciel. Elle se sentait bien et demanda à déjeuner.

Cette première épreuve montre donc la rapidité et l'innocuité de cette anesthésie, mais aussi tous les embarras et les impédiments dont elle est susceptible. Elle n'est donc pas d'un emploi général et pratique. (*Journ. de thérap.*, n° 6.)

Deux autres épreuves de cette méthode ont également réussi pour l'ablation d'une tumeur du sein, pratiquée par M. Péan et qui a duré en tout quatorze minutes. Pendant ce temps, l'opérée a dormi du sommeil le plus calme et s'est éveillée, sans aucune espèce de fatigue ni de malaise, en demandant à manger. Elle avait absorbé 150 litres de protoxyde.

La troisième a eu lieu, le 3 avril, pour une opération très douloureuse : la résection du nerf maxillaire supérieur, ce qui rendait assez difficile l'application de la muselière nécessaire pour l'inhalation du protoxyde. Toutes ces difficultés ont été vaincues. L'opération faite, par M. Péan, a duré douze minutes, sans provoquer le moindre signe de douleur ni d'anxiété. La circulation et la respiration ont été normales jusqu'au bout, et le réveil s'est effectué avec la rapidité et le naturel ordinaires. (*Soc. de biol.*, février, avril.)

Ces applications des recherches sur la pression barométrique ont une telle portée que l'Université d'Edimbourg a décerné le premier prix Cameron de 1500 francs à son auteur, comme « la plus importante découverte dans le domaine de la thérapeutique ». (Voy. Prix.)

27 opérations ont déjà été faites par ce procédé à l'établissement médico-pneumatique de la rue de Châteaudun,

dont 23 par M. Péan, 3 par M. Hubert et 1 par M. Boucheron, avec une pression variant de 18 à 26 centimètres de mercure, soit entre un quart et un tiers d'atmosphère supplémentaire.

Le nouvel anesthésique a d'incontestables avantages sur l'éther et le chloroforme. Il est malheureusement encombrant et d'une application difficile. Mais, à l'hôpital, une cloche fixe peut suffire, et il est probable que l'Assistance publique ne tardera pas à faire installer cette cloche pneumatique pour le traitement de certaines maladies, comme plusieurs chefs de service l'ont déjà demandé.

Une cloche mobile a même été imaginée par le docteur Fontaine à cet effet. Montée sur un camion, auquel elle est fixée, elle est peinte en blanc intérieurement, et reçoit la lumière par dix hublots, dont quatre en haut éclairent le lit d'opération. Large de 2 mètres, longue de 3,50 et haute de 2,65, elle peut contenir dix ou douze personnes à l'aise. Celle où a opéré M. Péan pendant trois mois dans 23 cas, avec cinq ou six aides, n'avait pas le tiers de cette capacité. On peut régler la pression de l'intérieur ou de l'extérieur au choix.

Une pompe à bras avec piston liquide est placée à côté, donnant 4 à 600 litres d'air à la minute, avec un réfrigérateur ou un calorifère pouvant lui donner la température voulue, un récipient en tôle, contenant 350 litres du mélange anesthésique gazeux, comprimé à 10 atmosphères.

On pourra ainsi opérer dans les hôpitaux, les maisons de santé et les maisons particulières, à l'aide de cette cloche et par son transport à domicile. Il ne s'agira que de descendre le patient dans la cour.

Les chirurgiens partisans de la méthode de Lister auront surtout intérêt à adopter ce nouvel anesthésique, car au lieu de pulvériser l'acide phénique, ils pourront faire passer l'air dans une solution phéniquée et réaliser complètement la théorie antiseptique. (*Union méd.*, n° 109.)

L'inauguration de ce nouveau mode a eu lieu dans les hôpitaux à la fin d'octobre, par M. Labbé, à l'hôpital Lariboisière, par le transport de la cloche mobile. Sept opérations, dont la durée a varié de cinq à trente-deux minutes, ont ainsi été pratiquées avec le même succès que les précédentes. Un sein cancéreux, dont l'ablation a duré une heure quatre minutes, a été enlevé le 29 octobre, et le même

chirurgien a exécuté la même opération dans un hôtel particulier. C'était la troisième récidive et la malade, ayant été incommodée pendant deux jours de l'anesthésie chloroformique dans les deux précédentes opérations, a eu recours à l'anesthésie au protoxyde d'azote avec oxygène sous pression, sans que rien de semblable se soit produit. Le retour de la sensibilité a été rapide sans accidents consécutifs. (*Idem*, nº 128.)

Anesthésies morbides. *Aimants*. Le retentissement bruyant qui s'est fait sur l'action des métaux par les expériences de M. Charcot à la Salpêtrière (V. MÉTALLOTHÉRAPIE, 1877) devait avoir son contre-coup. Des études ont déjà suivi sur l'action thérapeutique de l'électricité dynamique et statique et c'est ainsi que le docteur Proust a étudié celle des aimants à l'hôpital Lariboisière, sur 8 femmes atteintes d'anesthésie hystérique et 3 hommes frappés d'hémianesthésie toxique, saturnine et cérébrale. Des aimants en fer à cheval, formés de quatre à cinq lames de métal et mesurant de un mètre à un mètre 30 centimètres d'un pôle à l'autre, étaient appliqués sur les côtés des membres allongés, à 4 ou 5 centimètres de distance. Un linge, comme la manche de chemise, peut même être interposé, car le contact immédiat du métal pourrait faire confondre son action directe avec celle de l'aimantation ou du magnétisme qu'il s'agissait d'étudier. Deux, trois et même quatre aimants peuvent ainsi être placés vis-à-vis de chaque membre et laissés pendant quelques minutes, jusqu'à une où deux heures suivant l'effet produit, en explorant de cinq en cinq minutes la sensibilité pour mieux se rendre compte des changements.

Six hystériques, frappées d'hémianesthésies sensitivo-sensorielles, soumises à ces applications, ont montré de la sensibilité après un temps variable. L'application d'un seul aimant a suffi pour faire reparaître la sensibilité en cinq à dix minutes dans quelques cas, tandis que, chez d'autres malades, quatre aimants ne faisaient disparaître l'hémianesthésie qu'après deux heures d'application.

Chez une hystérique du service de M. Féréol, frappée d'hémianesthésie sensitive seulement, trois aimants pendant deux heures n'ont même donné aucun résultat.

Dans la plupart des cas de retour de la sensibilité du côté primitivement anesthésié, celui-ci ne s'opère qu'aux dépens du côté sain, c'est-à-dire par *transfert*, le côté sain perdant sa sensibilité à mesure que le côté insensible la regagne. Un seul cas a fait exception à cette règle; mais il est toujours possible de prévenir ce transfert en appliquant simultanément un aimant du côté sain, qui retient pour ainsi dire la sensibilité, en même temps qu'elle se développe du côté insensible, avec cette différence qu'elle ne dure que quelques heures de ce côté, tandis qu'elle persiste de l'autre. Le rétablissement de la sensibilité par l'aimant est toute passagère, momentanée, et le phénomène du transfert ne s'obtient que chez les hystériques.

Trois cas d'anesthésie toxique ont seulement été soumis à l'aimantation. L'un était un saturnin hémianesthésique qui fut guéri en une seule séance par le docteur Debove.

Chez un autre saturnin, traité par M. Proust, l'application de l'aimant fait reparaître la sensibilité en un quart d'heure, sans transfert. Mais celle-ci ne dure pas plus d'une journée au moins à la douleur, car la sensibilité à la température et au contact est plus persistante. La sensibilité totale se conserve ainsi en appliquant des aimants chaque matin. Un malade atteint d'anesthésie complète et généralisée de la surface cutanée par le sulfure de carbone, avec diminution légère des sens de la vue, de l'ouïe et de l'odorat, a récupéré partiellement sa sensibilité par l'aimantation.

Contre une hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche paraissant liée à une tumeur cérébrale, l'application d'un gros aimant a fait reparaître la sensibilité en vingt minutes, pendant un à deux jours sans manifestation de transfert, depuis cinq mois que ce traitement dure. Il y a eu au contraire de l'épilepsie spinale du côté opposé.

Lorsque deux hémianesthésiés sont en communication directe par la main, l'application de l'aimant sur l'un d'eux suffit à rétablir la sensibilité chez tous les deux.

Mais ces applications sont parfois nocives. Elles ont été suivies de douleurs à l'épigastre avec troubles dyspeptiques chez les trois hommes qui y ont été soumis, tellement qu'ils ont refusé de les continuer. (*Journ. de thérapeutique*, n° 12, juin, et *Congrès intern. d'Amsterdam.*)

Etude clinique sur les anesthésies et les hyperesthésies d'origine mésocéphalique, par le docteur L. Couty. Paris. Travail nouveau et original divisé en deux parties, suivant le titre, et qui se complètent l'une et l'autre par leur opposition.

ANÉVRYSMES. Leur présence reste parfois complètement innocive. Deux anévrysmes énormes, observés chez un homme non syphilitique par M. Dujardin-Beaumetz, ne causaient ainsi qu'un peu de fatigue et une toux légère. (*Soc. méd. des hôp.*, avril.)

M. Hillairet en a même rencontré six à l'autopsie d'un homme qui n'accusait aucun trouble fonctionnel pendant la vie. Ce sont là des exceptions, rares sans doute, mais qui suffisent à justifier l'expectation en pareil cas.

Température locale. Dans un anévrysme de l'aorte comprimant fortement la veine cave supérieure, M. Dujardin-Beaumetz constata à plusieurs reprises une différence considérable de l'aisselle droite avec l'aisselle gauche. Le thermomètre marquait 34° ici et 35°, 6 là. Ce serait donc un symptôme important de plus, s'il se confirme dans d'autres cas. (*Soc. méd. des hôp.*, mars, et *Union méd.*, n° 84.)

Compression élastique avec éthérisation. Deux nouveaux succès en sont relatés par le docteur J. Hutchinson pour des anévrysmes du creux poplité. Les opérés furent préalablement éthérisés, afin d'éviter les douleurs parfois intolérables résultant de la compression, précaution d'autant plus louable que l'auteur recommande de serrer fortement la bande, de manière à intercepter complètement la circulation. Néanmoins, ce moyen ne réussit pas chez le second *anévrysmatique*, et ce n'est qu'en le faisant suivre de la compression digitale, pendant sept heures, que la guérison eut lieu.

Employé déjà dans un certain nombre de cas, ce moyen n'a jamais déterminé d'accidents. Les altérations du système artériel, surtout dans le membre où il est appliqué, semblent en contredire l'emploi, d'après un fait de gangrène consécutive; mais il ne guérit pas toujours. Les anévrysmes fusiformes y paraissent surtout réfractaires. Telles sont du moins les remarques pratiques résultant de la discussion de

ces deux faits. L'addition de l'éthérisation pourra les modifier en permettant de la laisser plus longtemps en place. (*Clinical society*, 16 décembre 1878.)

Un succès semblable a été obtenu par M. Hewetson à l'hôpital du comté de York, le 26 mai, sur un ancien marin de vingt-six ans. On attendit que les douleurs fussent intolérables, dix minutes après la compression, pour chloroformiser le patient, une injection préalable de morphine étant faite. Le bandage enlevé après quatre-vingts minutes d'application, quelques battements sourds furent perçus dans la tumeur. On continua la compression digitale pendant six heures; après quoi, la tumeur était dure et sans pulsation. L'opéré sortit guéri huit jours ensuite, marchant librement, sans fourmillements du membre. (*Lancet*, juillet, nº 4.)

Le chirurgien D. Thornton relate un autre succès obtenu de la même manière, le 6 octobre, sur un sergent de trente-sept ans, sans trace de syphilis. L'anévrysme siégeait au centre du creux poplité gauche et mesurait 3 pouces de diamètre transversal sur 2 perpendiculairement. La circonférence du membre sur la rotule était d'un demi-pouce de plus que sur le genou droit. (*Idem*, nº 7.)

Anévrysmes aortiques. *Diagnostic de leur siége par le pouls.* En poursuivant ses études sphygmographiques à ce sujet (Voy. *année* 1878), le docteur Franck s'est assuré que le siége de l'anévrysme de la portion ascendante de la crosse, un peu au-dessus de la ligne de réflexion du péricarde, qui est son point d'élection, donne un pouls qui participe à la fois du caractère de celui-ci, par son retard absolu dans toutes les artères, et de celui du tronc brachio-céphalique, dont le caractère spécial est un retard dans la carotide et la radiale gauches, comme on l'a vu. Cette combinaison des signes du pouls, constatée chez deux malades, a servi à préciser ainsi le siége de l'anévrysme, sur lequel différaient des cardio-pathologistes distingués.

L'insuffisance aortique, conséquence mécanique de cet anévrysme de l'origine de l'aorte, modifie aussi profondément le retard du pouls qui devrait en être la manifestation. Par les causes mêmes de la circulation qui empêchent ce retard de se produire dans cette insuffisance et dont M. R. Tripier avait à tort fait un signe, elle diminue nota-

blement ce retard produit par l'anévrysme ; l'une compense l'autre, et les effets inverses de ces deux lésions se contrebalancent réciproquement. Le pouls a, dans ces conditions, une valeur presque égale à celle du pouls normal, comme une observation en offre l'exemple.

Le retard du pouls dans les artères symétriques était le même dans un anévrysme de la portion transversale de la crosse de l'aorte que dans sa portion ascendante, parce que l'origine des vaisseaux en émergeant était comprise dans cette dilatation. L'effet était donc le même que si elle eût été en deçà sur la circulation du cou, de la tête et des membres supérieurs. Le siége différent de la tumeur peut seul aider au diagnostic différentiel. Mais, comme il se confond alors avec celui des anévrysmes du tronc brachio-céphalique et de l'origine de la carotide et de la sous-clavière gauche, on trouvera dans le retard du pouls un moyen de diagnostic certain, suivant qu'il est généralisé ou localisé sur l'un de ces vaisseaux.

C'est encore en examinant séparément les pulsations de ces vaisseaux dans les anévrysmes de l'aorte descendante ou thoracique que l'on pourra diagnostiquer s'ils sont compris ou non dans la dilatation. On peut en préciser ainsi le siége suivant que les pulsations de l'un ou l'autre de ces vaisseaux présentent un retard plus ou moins marqué.

Les signes directs ou battements expansifs des anévrysmes de l'aorte abdominale pouvant faire défaut à la palpation au-dessus de l'ombilic, on peut aussi en préciser le siége par les signes indirects du pouls dans les fémorales, qui bat aussi en retard. Mais en élevant la circulation artérielle des membres inférieurs, la compression de la tumeur peut troubler les recherches à cet égard, autant pour le diagnostic des anévrysmes que pour celui des tumeurs solides pouvant comprimer l'aorte abdominale et gêner sa circulation. Les recherches doivent être d'autant plus prudentes et mesurées, dans ce cas, qu'une compression trop énergique peut en provoquer la rupture. (*Journ. de l'anat. et la physiol.*, n° 2.)

Electropuncture. Depuis que M. Dujardin-Beaumetz a introduit la méthode de Ciniselli en France et modifié son application en laissant le pôle négatif à l'extérieur, il a été

imité heureusement par divers médecins français (Voy. *année* 1877), comme si l'on eût attendu son exemple pour le suivre. M. Bucquoy l'a ainsi appliquée dans son service de l'hôpital Cochin sur une blanchisseuse de trente-neuf ans, atteinte d'un anévrysme sacciforme de l'aorte ascendante, d'un volume considérable et à progrès très rapides. Dès la première application de l'électrolyse, le développement de la tumeur a été suspendu et le bien-être a remplacé les douleurs angoissantes qu'elle déterminait. Le sommeil, l'appétit et les forces ont bientôt reparu, et la tumeur, en se comblant par des caillots résistants, a été réduite en six séances des deux tiers au moins de son volume primitif. La malade a pu être ainsi soumise publiquement à l'Académie de médecine comme une preuve de son état satisfaisant. C'est donc un véritable succès.

Les conditions les plus favorables à ce succès sont, d'après l'auteur, une tumeur limitée de petit volume et d'une date récente, communiquant par un orifice étroit avec la cavité de l'aorte, et l'absence d'insuffisance aortique par conséquent, lorsque l'anévrysme s'en rapproche. L'action de l'électricité, loin d'augmenter alors les douleurs, les calme parfaitement. Des résultats satisfaisants, des guérisons complètes peuvent donc être attendus de cette méthode, quand elle sera mieux vulgarisée et appliquée au début des anévrysmes. (*Acad. de méd.*, 21 janvier.)

Il n'est donc pas inutile de rappeler la simplification apportée par M. Dujardin-Beaumetz à cette opération. Ayant reconnu que la coagulation du sang n'avait pas lieu au pôle négatif, celui-ci, représenté par une plaque métallique recouverte d'une peau de chamois humide, est laissé à l'extérieur sur une partie quelconque de la peau. Le pôle positif seul est transmis tour à tour aux deux ou trois grandes aiguilles fines en fer doux, qui sont plongées dans la tumeur et recouvertes en haut d'un enduit protecteur. On évite ainsi le danger du dégagement de gaz à l'intérieur du sac, l'irritation résultant des deux courants et par suite le danger d'hémorrhagie. On retire les aiguilles après cinq à dix minutes d'application.

L'emploi en a aussi été fait à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 3 novembre, dans des conditions diamétralement opposées, sur un homme de quarante-huit ans qui, depuis

plus de six mois, avait un anévrysme de l'aorte abdominale, car il sentait son cœur battre dans le ventre. Il entra alors à l'hôpital de Dijon pour des douleurs lombaires en ceinture, vives et tenaces, mais sans dyspnée ni gêne de la respiration. Malgré un traitement diététique de Valsalva pendant six semaines, la tumeur grossit et devint apparente.

A l'examen, on la rencontre entre les côtes et la crête iliaque, mate à la percussion et animée de battements énergiques. Molle et dépressible, elle n'est le siége d'aucun frémissement ni de bruit de souffle. Elle mesure 17 centimètres de hauteur sur 14 de largeur, avec une saillie ovalaire considérable et une expansion énorme.

Aussi, malgré deux applications douloureuses d'électrolyse, aucune diminution des douleurs ne s'ensuivit, et le malade ne tarda pas à succomber. On constata alors une énorme masse remplissant l'hypochondre gauche de 40 centimètres de hauteur avec un diverticulum à droite, non moins considérable. Les caillots stratifiés qu'elle contenait pesaient 1700 grammes. C'était donc là un anévrysme exceptionnel par son volume, sur lequel l'électrolyse ne pouvait guère avoir d'action, d'autant moins que les douleurs rénales et lombaires étaient causées par l'usure des vertèbres et leur érodation constatée à l'autopsie. (*Lyon méd.*, n° 4.)

L'application en a été plus heureuse contre un anévrysme du tronc innominé chez une femme placée dans le service de M. Moutard-Martin à l'hôpital Beaujon. La tumeur, volumineuse, s'étendait sous les muscles du cou, soulevait le sternum et par sa compression déterminait des accidents graves et pénibles de dyspnée marquée, avec cornage et toux violente, suffocation par crises, engourdissement douloureux dans le bras droit, pulsations au sommet du thorax, dysphagie. Tous ces accidents faisaient craindre la rupture de l'anévrysme, et, toute opération étant impraticable, il ne restait que l'emploi de l'électropuncture, qui fut appliquée par M. Dujardin-Beaumetz. Une première séance, d'une demi-heure, fut suivie d'une grande amélioration. La toux cessa aussitôt, et le cornage diminua. Une seconde tentative eut un succès encore plus marqué. Après être restée douloureuse pendant vingt-quatre heures, la tumeur devint consistante et moins volumineuse. L'oppression diminua; la toux cessa de nouveau, ainsi que la dysphagie. Ce sont donc

là des effets salutaires de ce traitement et de son innocuité.

Le résultat fut aussi satisfaisant chez un médecin atteint d'un anévrysme brachio-céphalique. La dyspnée, la toux, les battements pénibles ont notablement diminué; mais ce fut tout, dit M. Dujardin-Beaumetz, et, sur 12 cas où j'ai personnellement étudié cette méthode depuis un an, elle s'est montrée parfaitement inoffensive. Une seule fois, elle a provoqué une syncope, chez un sujet très impréssionnable et prédisposé. Tous les autres malades en ont été améliorés, sans qu'aucun ait guéri.

L'électricité ne détermine pas la coagulation immédiate du sang dans la poche anévrysmale, comme on le croyait; elle produit seulement une endartérite au niveau des piqûres et secondairement un caillot fibrineux sur les surfaces enflammées qui s'épaissit et s'étend, au point de former à l'intérieur une véritable cuirasse renforçant les parois anévrysmales. Malheureusement, elle ne s'étend pas sur toute la surface intérieure et fait toujours défaut sur la paroi opposée aux piqûres, c'est-à-dire les parties profondes où se font précisément les ruptures. Il s'agirait donc de les revêtir de fibrine, en les attaquant avec les aiguilles ; mais elles sont inaccessibles, à moins de traverser l'anévrysme de part en part. C'est ce qu'il se propose de faire dans ses prochaines tentatives, car, les coagulations immédiates et les embolies n'étant pas à craindre, on peut pénétrer profondément. (*Soc. de thérap.*, 12 mars.)

Elle a réussi entre les mains du docteur Carter, à l'hôpital de la Reine, à Birmingham, sur un homme de quarante ans, qui avait eu la poitrine serrée en rangeant des gerbes. L'usage de l'iodure de potassium avec le repos au lit avait échoué, quoique le malade eût eu la syphilis. Les injections d'ergotine eurent plus de succès. Les battements diminuèrent et la douleur cessa. Le malade quitta ainsi l'hôpital, mais fut obligé d'y rentrer trois mois après, avec une tumeur beaucoup plus saillante et de vives douleurs dans l'épaule et le bras droits.

Les injections d'ergotine n'ayant eu aucun effet, l'électropuncture fut appliquée une première fois le 6 octobre 1877, sept mois après le début du traitement. Mais cette première séance de cinquante minutes n'eut aucun succès, à cause de l'introduction difficile et incomplète des aiguilles et de la

force du courant, résultant de la pénétration trop profonde de la pile dans l'eau acidulée. La seconde application, faite dix jours après, eut lieu avec des aiguilles très fines, non galvanisées à la pointe, qui, introduites simultanément, pénétrèrent d'autant plus facilement et rapidement que la tumeur était plus saillante et la paroi amincie. La pile ne fut immergée qu'à moitié dans l'eau acidulée, et les courants moins forts. Après quarante-cinq minutes de durée, le murmure systolique avait disparu. Une troisième séance de trente-cinq minutes seulement, faite treize jours après avec huit éléments, fit cesser toute pulsation et toute douleur dans la tumeur. L'opéré quitta l'hôpital très soulagé et en parfaite santé.

C'est donc dans la pénétration simultanée et facile d'aiguilles très fines et non galvanisées à la pointe, et mises en rapport avec un faible courant, que l'auteur attribue la rapide coagulation du sang dans ce cas. Une tumeur saillante, à parois amincies, ne lui paraît pas contre-indiquer ainsi l'électrolyse, tant que les os avoisinants ne sont pas altérés. Au contraire, le succès ne lui paraît que plus facile et mieux assuré. (*Lancet*, 30 novembre 1878.)

Acupuncture. Les observations déjà nombreuses d'électrolyse ayant démontré l'innocuité de piqûres d'aiguilles, même assez grosses, sans danger d'hémorrhagies, M. C. Paul a eu recours à l'acupuncture simple, pour juger comparativement de ses effets avec l'électropuncture. Il l'exécute avec des aiguilles japonaises, qui sont en or ou en argent, très fines ou flexibles, montées sur un manche, et très employées au Japon. On les fait pénétrer à l'aide d'un conducteur spécial dont l'apprentissage est assez facile.

Appliquée au mois de novembre 1878 chez un homme de quarante ans, atteint depuis plus d'un an d'un anévrysme de la crosse de l'aorte, dans sa portion descendante au point où le nerf récurrent la contourne, — comme l'indiquait une paralysie de la corde vocale gauche, — elle fut faite avec quatre aiguilles, laissées une heure en place sans le plus petit accident. Le résultat fut satisfaisant. Au bout de trois jours, cet homme avait moins d'anxiété, de palpitations, et il pouvait avaler plus facilement. En présence d'un succès aussi manifeste, M. Paul n'hésita pas à renouveler son appli-

cation au bout de huit jours ; cette fois, les aiguilles ne restèrent en place qu'une demi-heure. Nouvelle amélioration manifeste.

A quelque temps de là, troisième, puis quatrième acupuncture, toujours suivies d'une diminution des symptômes fâcheux causés par l'affection. Les battements diminuèrent très notablement dans l'anévrysme, et les parois de sa poche acquirent une dureté assez grande pour qu'on éprouvât des difficultés à les faire traverser aux aiguilles.

Actuellement, l'état du sujet est aussi satisfaisant que possible.

Cette observation peut être opposée aux succès les plus marqués de l'électrolyse, qui n'a, comme on le sait, qu'une influence palliative dans le traitement des anévrysmes. (*Idem.*)

Anévrysme artério-veineux intra-crânien de la carotide interne. *Ligature de la carotide primitive.* A la suite d'un coup de feu chargé à plomb, un anévrysme intra-crânien était manifeste, deux ans après, chez une femme de dix-neuf ans, par une exophthalmie de l'œil gauche formant une tumeur pulsatile, grosse comme un œuf de pigeon, présentant le *thrill* et un bruit de souffle à renforcement. La vue était perdue depuis longtemps. Il y avait donc communication évidente de la carotide interne avec le sinus caverneux.

Le docteur Hartmann, de Cuba, pratiqua la ligature de la carotide primitive gauche à sa partie moyenne. Elle tomba le septième jour, et, le quinzième, l'opérée put quitter l'hôpital. L'exophthalmie diminua graduellement, et il n'y en avait plus trace un an après. C'est le quatrième cas de cette opération redoutable et le premier succès. (*Gaceta med. de la Habana.*)

Anévrysme diffus consécutif de l'artère ischiatique. Un maçon de vingt ans, venant de tomber d'un quatrième étage, est apporté à l'hôpital Beaujon, où M. Tillaux constate une fracture du milieu de la cuisse gauche, compliquée d'une plaie sans communication apparente avec la fracture.

Le collapsus profond du blessé ne permettant pas de plus amples recherches, un bandage de Scultet fut appliqué.

Rien de nouveau pendant une quinzaine ; la douleur dis-

parut et l'appétit revint. Mais une sensation douloureuse survint ensuite derrière le grand trochanter avec tuméfaction. La douleur extrême empêchant une exploration complète, on procéda à l'anesthésie et l'on reconnut ainsi une tumeur volumineuse, rouge, chaude, œdémateuse et fluctuante, sans battements ni souffle. Diagnostiquant un abcès de la fesse, le chirurgien y plongea hardiment le bistouri et incisa verticalement. Mais un formidable jet de sang le frappe aussitôt au visage et l'inonde. Une incision horizontale est faite aussitôt jusqu'à l'échancrure sciatique et permet de reconnaître l'artère coupée en deux à sa sortie du bassin. Une esquille osseuse se révèle au toucher, qui avait sans doute provoqué la déchirure. D'où un anévrysme faux consécutif. Une pince hémostatique arrêta aussitôt l'hémorrhagie et permit d'obtenir l'hémostase sans ligature. Laissée en place pendant quarante-huit heures, cette pince suffit à la guérison, malgré la difficulté des pansements. Cet homme guérit ainsi de sa fracture et de son anévrysme. (*Soc. de chir.*, mai.)

ANKYLOSES. *Immobilisation.* C'est une crainte vaine, suivant M. Verneuil, que l'immobilisation artificielle, thérapeutique et passive des articulations malades puisse en déterminer l'ankylose. Pas un exemple authentique n'en existe dans la science. L'inflammation, qui en est la plus puissante cause, est au contraire le plus utilement combattue par l'immobilisation. L'immobilisation causée par la douleur, la contracture, c'est-à-dire active, peut seule y contribuer. La crainte exagérée de l'ankylose ne doit donc jamais la faire supprimer trop tôt. S'il est souvent nécessaire d'imprimer des mouvements passifs aux articulations malades soumises à l'immobilité, la reprise prématurée des mouvements actifs est le plus souvent dangereuse. (*Soc. de chir.*, juin.)

Entorse. La douleur vive qui la suit ordinairement est toujours grave dans une articulation ankylosée, quel que soit le mécanisme de l'ankylose; mais le pronostic en est très différent suivant sa nature, comme M. Campenon l'a établi dans sa thèse. L'ankylose ne résulte presque jamais, en effet, de jetées osseuses directes ou indirectes. Des liens

fibreux peuvent s'établir à la périphérie des articulations et provoquer l'ankylose la plus solide. Les altérations de la synoviale épaissie et du tissu cellulaire sous-jacent peuvent aussi en produire l'immobilité avec des altérations musculaires et cutanées consécutives. Il s'agit donc de distinguer ces variétés pour le pronostic et le traitement.

Si, dans tous les cas, l'immobilisation immédiate du membre est indispensable les premiers jours, pour calmer au plus tôt la douleur et l'inflammation, il n'en est plus de même si l'ankylose est traumatique ou rhumatismale. Quelques mouvements de l'articulation, sans douleur, sont une indication de les continuer progressivement. Des infirmes se sont trouvés ainsi notablement mieux après la période inflammatoire par le rétablissement de la mobilité et du mouvement.

Dans l'ankylose de nature rhumatismale, il y a moins de chances de succès. L'entorse peut réveiller l'arthrite, et il faut rétablir les mouvements avec prudence et modération. Ils n'ont parfois aucune suite grave.

C'est le contraire dans l'ankylose suite de tumeur blanche. Le traumatisme réveille presque toujours l'arthrite, et l'articulation indolore peut acquérir une gravité qu'elle n'avait pas jusque-là. Il faut donc persister longtemps dans l'immobilisation, même sans douleurs spontanées, car la conséquence de mouvements ou d'exercices anticipés peut être l'amputation du membre. (*Recherches anatom. et clin. sur le traitement des ankyloses*, Paris, 1879.)

Ankylose vicieuse du coude. *Résection sous-périostée.* Au lieu de réséquer les extrémités osseuses du coude dans les cas pathologiques dont la guérison idéale était une ankylose plus ou moins vicieuse, c'est pour détruire celle-ci et rendre cette articulation mobile que l'on y recourt aujourd'hui. Aux suggestions faites à ce sujet, dès 1855, par Butcher, chirurgien irlandais, pour remédier à cette difformité, ont suivi de nombreuses opérations de ce genre, réalisées surtout en Allemagne, où elles paraissent avoir pris naissance, puis en Angleterre et en Amérique. A part le fait signalé par M. Bœckel dans sa traduction du *Traité des résections* de Heyfelder, on ne connaissait rien de semblable en France, lorsque M. Ollier, de Lyon, entreprit, en 1869, d'imiter cet

exemple, en modifiant et perfectionnant le procédé opératoire suivant la méthode sous-périostée. Sept résections de ce genre ont été ainsi faites par lui depuis et deux par M. D. Molière. Ces neuf opérés ont tous guéri, avec une articulation plus ou moins mobile. Résultat d'autant plus remarquable, que, dans une autre statistique allemande de cette opération, il y avait plusieurs insuccès par récidive de l'ankylose et une mortalité de 1,47 pour 100.

La rupture artificielle et l'ostéotomie appliquées à ces ankyloses vicieuses n'étant que des palliatifs insuffisants pour l'usage ultérieur du membre, M. Ollier relate, examine, discute et critique les divers procédés employés par les chirurgiens allemands et anglais dans une quarantaine de cas de cette résection, et les compare avec le sien, d'après les neuf faits visés ainsi que leurs résultats. De là un historique complet de cette nouvelle opération.

Sans entrer ici dans des redites exposées avec diffusion et prolixité, il suffit de rappeler que, si peu grave qu'elle soit, cette opération ne doit être tentée que dans les cas d'ankylose rectiligne, à angle droit ou obtus, avec immobilisation absolue du coude. Indiscutable quand elle existe des deux côtés, elle peut être proposée contre l'ankylose unilatérale à angle droit sur un sujet jeune, enfant ou adolescent de dix-neuf à vingt ans. Jusque-là, la résection peut être adoptée en règle générale, que la soudure osseuse soit imminente ou déjà effectuée, pourvu qu'il n'existe pas d'inflammation, mais en tenant compte de l'ancienneté de la lésion et de l'atrophie des muscles. Une ankylose de huit à dix ans de durée a parfois déterminé une telle atrophie de certains muscles, qu'ils ne pourraient reprendre leur contractilité. Il faut être surtout réservé chez l'adulte, où un coude ankylosé de 130 à 140° rend de plus utiles services qu'un coude mobile mal fixé par des muscles faibles et des ligaments insuffisants.

Qu'elle soit la suite d'arthrite, de tumeur blanche guérie ou de variole, l'ankylose insupportable et qui annihile l'usage du membre supérieur est justiciable de la résection sous-périostée. Après avoir tenté le rétablissement de la mobilité par le brisement forcé avec les mains et le maillet, il faut recourir à la séparation avec le ciseau des os soudés ensemble. On produit ainsi moins de désordres, et l'on pratique

ensuite la résection séparée des extrémités osseuses. Aucun muscle n'est détruit ni lésé.

C'est surtout le retour de l'ankylose, sa récidive qui est à craindre chez les enfants et les adolescents; chez les adultes, au contraire, c'est la laxité de la nouvelle articulation. De là un traitement consécutif différent : maintenir les surfaces de section écartées dans le premier cas, et d'autant plus rapprochées dans le second que l'opéré est plus éloigné de l'achèvement de sa croissance.

Deux spécimens, obtenus d'après ces règles, ont été soumis à la Société de médecine de Lyon en novembre dernier. En voici les principaux détails comme preuves à l'appui.

Une jeune fille de dix-neuf ans avait une ankylose du coude qui lui tenait l'avant-bras fixé à 150 degrés sur l'humérus. L'opération, pratiquée le 4 juin, a donné une mobilité telle que le membre jouit de mouvements de flexion et d'extension, de supination et de pronation assez étendus. Ce résultat est en voie de progression par l'exercice et la faradisation prolongés, qui augmenteront l'étendue et la force des mouvements récupérés. La palpation permet de reconnaître la reproduction des extrémités osseuses, qui sont articulées par un véritable ginglyme. On trouve la place de l'olécrâne coupée par un bec ou crochet osseux qui en tient lieu; cette reproduction, précieuse pour la solidité de l'article, limitera l'étendue des mouvements, en ce sens qu'il ne permet pas à l'avant-bras de s'étendre assez pour ne faire qu'une ligne droite avec l'humérus.

Un autre malade, âgé de trente-trois ans, a été opéré le 26 juillet. Une résection étendue à 6 centimètres de longueur de l'humérus fut suivie d'un prompt rétablissement, et la souplesse de l'articulation est mise en jeu par des muscles qui reprennent leur contractilité après sept ans d'immobilité et d'inaction. L'article réparé ne présente pas de bec olécrânien, et une mobilité latérale existe aujourd'hui dans ce coude, moins solide que le précédent. La reproduction osseuse est moins complète en raison de l'âge. La solidité sera moindre.

M. Ollier obtient ces brillants résultats en évitant la surabondance de substance osseuse ossifiable par une modification opératoire. Dans le cas de vieille ankylose, il fait une résection diaphysaire et non articulaire, et, tout en appliquant

la méthode sous-périostée, il sacrifie une zone de périoste correspondant au point où il veut établir le futur interligne articulaire. Si l'on a soin de scier à des hauteurs inégales le radius et le cubitus, qui sont exposés à être soudés par des jetées osseuses, on peut obtenir un nouvel article, pourvu de mouvements de flexion et de mouvements de supination.

M. Ollier a donc obtenu un article mobile dans des cas de vieille arthrite sèche plastique, alors que, en dehors de l'anesthésie, on ne trouvait aucun mouvement apparent, et que l'examen anatomique de l'ankylose enlevée donnait une adhérence fibreuse à la périphérie, une médullisation partielle des os avec tissu cellulo-fibreux s'organisant et soudure cartilagineuse. Les articles et les muscles longtemps immobilisés sont soumis à des mouvements passifs et à divers procédés d'électrisation pendant six mois environ. Avec une extension allant à 160 degrés, l'opéré récupère une force musculaire remarquable; un opéré d'un an tenait pendant quatre minutes 14 kilogrammes à bras tendu. Lorsque la mobilité permet l'extension complète rectiligne, la force récupérée est moindre; cette opération n'a pas de suites graves, et, chez les jeunes sujets, elle a au contraire des résultats importants.

La capsule de l'articulation nouvelle n'est autre que les éléments fibreux de l'ancienne articulation qui ont été conservés. Les os réséqués étant tenus écartés suffisamment l'un de l'autre, il se forme, dans le tissu conjonctif intermédiaire, des lacunes ou cavités synoviformes. Les mouvements que l'on communique à l'article en voie de formation favorisent le développement de ces bourses muqueuses, qui, en s'agrandissant et en se réunissant entre elles, constituent une cavité synoviforme et enfin une vraie synoviale. Les extrémités osseuses reproduites sont recouvertes, dit M. Ollier, de tissu chondroïde, non de véritable cartilage. (*Revue mensuelle*, nos 6 et 12, et *Lyon méd.*, no 47, 1878.)

ANURIE. Une nouvelle doctrine s'est produite, à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, sur la production de cet accident redoutable. A une cause mécanique positive, on a opposé une diathèse obscure, une action réflexe. C'est substituer une cause visible, tangible, à une hypothèse, à l'inconnu.

Après dix jours de suppression totale des urines avec vacuité de la vessie, sans colique, ni hématurie, ni douleurs lombaires, présentes ou passées, sans rhumatisme, ni alcoolisme antérieur, rien en un mot qui indiquât la lithiase urinaire, un teinturier de cinquante-six ans entre à l'hôpital Lariboisière, se plaignant seulement de son anurie. L'appétit était diminué, mais cet homme mangeait sans vomissements ni diarrhée. Pas de céphalalgie, ni d'insommie, ni de somnolence, ni d'amblyopie. Le docteur Tennesson, suppléant, prévoyant des accidents urémiques, porta un pronostic grave, tout en prescrivant la diète lactée, un lavement purgatif et un bain tiède prolongé.

Premier vomissement dans la journée. Après le bain, émission plein un dé d'urine trouble et albumineuse, la seule rendue depuis dix jours. Dès le lendemain, les accidents urémiques apparaissent et s'accentuent, avec délire, puis affaiblissement graduel de l'intelligence, coma et mort le cinquième jour, avec une température rectale de 36°,4, sans qu'une goutte d'urine ait été rendue. C'était donc quinze jours d'anurie complète.

A l'autopsie, vessie vide et saine. Obstruction complète et ancienne de l'uretère droit par un calcul, et à gauche un calcul mobile libre se trouve dans le bassinet; reins sains. On conclut donc rigoureusement à une anurie calculeuse.

Au contraire, dit M. Ferrand, c'est une anurie goutteuse, se basant sur l'intégrité des reins et l'absence de coliques néphrétiques. Et M. C. Paul rappelle, à l'appui de cette opinion, que le docteur Bouley, l'ancien médecin de l'hôpital Necker, est mort d'une anurie de ce genre avec uretères libres et reins graisseux. Cette anurie est d'ordre réflexe, et M. Guéneau de Mussy cite le cas d'une dame qui, n'ayant pas uriné depuis huit jours, fut prise de coma en sortant du bal et mourut. Est-ce à dire que la diathèse goutteuse se porte sur le rein et en arrête ou suspend la sécrétion? Mais on sait que les reins du docteur Bouley étaient graisseux, et l'on n'a pas vérifié l'état de ceux de la dame précitée. Admettre une telle anurie pendant huit à dix jours, sans cause ni lésion matérielle, sans vomissements, ni diarrhée, ni sueurs, ni urée dans le sang, c'est substituer le raisonnement à l'œil. (*Union méd.*, n° 67.)

Cette question s'est renouvelée à la Société de médecine de Paris, le 9 août, pour un cas semblable observé par les docteurs Taurin et Dubuc chez un homme de soixante-huit ans ayant beaucoup vécu et fait tous les excès. Sauf des crises de coliques néphrétiques suivies de l'expulsion de graviers et une dyspepsie alcoolique, il n'avait jamais été malade, lorsque la miction s'arrêta subitement, le 2 juillet, sans cause appréciable. Pendant cinq jours, l'urèthre expulsa seulement des gouttes d'une matière glaireuse, épaisse, sanguinolente, malgré plusieurs cathétérismes. Il n'éprouvait aucun besoin d'uriner, et sa figure calme, naturelle, ne trahissait rien des souffrances ni des angoisses de la rétention d'urine. Inappétence et constipation, sans nausées ni vomissements; sommeil agité.

Au palper, M. Dubuc constate l'absence de distension de la vessie. Le cathétérisme ne donna pas issue à une seule goutte d'urine, et de l'eau tiède injectée revint telle qu'elle avait pénétré.

Jusqu'au 19 juillet, où la mort arriva, aucun autre symptôme ne se présenta, sauf quelques vomissements matin et soir, que l'usage des purgatifs répétés pouvait bien entretenir. L'intelligence resta nette, sans fièvre ni élévation de température, mesurée tous les jours. Il n'est sorti de l'urèthre pendant ce temps, à trois reprises, que plein un dé environ d'un liquide blanc-jaunâtre, d'aspect sale, contenant de nombreux leucocytes purulents et très albumineux. Une ecchymose sous-conjonctivale de l'œil droit a été le seul phénomène remarquable par son accroissement. Aucune hémorrhagie par les muqueuses, sinon que les vomissements et les garde-robes ont été légèrement sanguinolents. Ce n'est qu'à la fin que se manifesta une agitation très grande, avec des secousses comme tétaniques et des intervalles de somnolence, avec subdelirium plutôt qu'un coma réel. Jusqu'à la mort, cet homme répondit aux questions avec une certaine précision et conserva une demi-connaissance.

A défaut d'examen nécroscopique, M. Dubuc n'a vu là qu'une anurie calculeuse, comme dans le cas précédent, en raison de la lithiase rénale dont le malade était atteint depuis plusieurs années. Mais le défaut d'accidents d'hydronéphrose est une objection grave à cette étiologie, et l'on doit admettre au moins une néphrite chronique interstitielle

produite par l'alcoolisme et les autres excès, ainsi que la gravelle urique. (*Union méd.*, n° 129.)

Cette interprétation toute mécanique est justifiée par l'observation de ce prêtre graveleux, relatée par le docteur Brocard, de Langres, qui succomba après une anurie de 13 jours consécutifs, du 25 juillet au 7 août. Et la démonstration péremptoire en est faite par cette autre observation du docteur Carrière : Un notaire de 37 ans, fils d'un père goutteux et graveleux et sujet à des coliques néphrétiques, ayant rejeté des graviers à plusieurs reprises, fut pris d'une anurie persistante du 2 au 10 avril. Il présentait tous les symptômes de l'intoxication urinaire, lorsque 2 grammes de seigle ergoté étant administrés, il expulsa, une heure après, un gravier ayant la forme et le volume d'un grain d'avoine. Il guérit, et ne mourut que dix ans après d'une néphrite chronique. (*Gaz. hebdom.*, n°s 10 et 13.)

ARTHRITES. Arthrites fongueuses. *Origine tuberculeuse.* Tout en reconnaissant qu'il existe une forme primitive de cette arthrite synoviale, Volkmann la considère comme très rare et particulière aux adultes, et, loin d'attribuer les autres formes à une synovite purulente traumatique, il les rapporte à une tuberculose locale. Les nombreuses résections qu'il a faites, en lui permettant de voir cette affection à une période plus rapprochée de son début qu'on ne l'avait encore étudiée, lui ont montré que, chez les enfants surtout, cette inflammation fongueuse ne commence pas ordinairement dans l'articulation, mais par une ostéite localisée, limitée à un point rapproché de l'épiphyse. Cette lésion primitive, très petite, siége au-dessous du cartilage sans y toucher immédiatement, sous forme d'une tache opaque ou jaunâtre à peine sensible dans la portion spongieuse de l'os entourée de tissu injecté et légèrement gonflé. Cette lésion prodromique coïncide parfois avec des symptômes si légers que les malades marchent et remuent leurs articulations sans en souffrir notablement. L'articulation n'est envahie que par son extension, qui détermine des symptômes plus aigus.

L'ordre de fréquence du siége de cette ostéite épiphysaire est à l'olécrâne, aux condyles de l'humérus, au calcanéum, au condyle interne, au col et à la tête du fémur et à la rotule.

En s'étendant, l'inflammation rend ce point plus diffus, apparent, et le danger commence quand ce foyer caséeux pénètre dans l'articulation voisine en provoquant une vive réaction des tissus environnants. De là le danger de la pression articulaire, déjà signalé par lui et Busch et auquel l'école américaine attache une si grande importance. Heureusement, cette propagation n'a pas toujours lieu, et ce foyer peut rester enkysté pendant longtemps. Et, lors même que la maladie s'étend, elle n'envahit pas fatalement l'articulation. Des exemples montrent que la maladie, née dans l'épiphyse de la tête du fémur, s'est étendue en dehors sans atteindre l'articulation. Ce cas est rare, parce que le cartilage est ordinairement le seul obstacle à son irruption.

Quel que soit l'endroit où se rencontre cette lésion osseuse, elle est toujours entourée de tubercules miliaires qu'il regarde comme la cause de l'affection. Une ostéite caséeuse peut exister, dit-il; mais, la phthisie caséeuse des poumons n'étant pas établie, il regarde cette tuberculose locale comme identique à celle des poumons. Sa localisation seule la rend plus curable. Des synoviales trouvées ainsi infiltrées de tubercules miliaires au microscope ont été ouvertes et excisées par lui et suivies de guérison avec rétablissement des mouvements, comme il en rapporte des exemples. (*Sammlung Klin. vortrage.*)

Cette tuberculose articulaire occupe d'ailleurs l'attention des pathologistes. Des expériences sont tentées en Allemagne pour la réaliser sur les animaux. König cite les observations cliniques de plusieurs auteurs montrant la fréquence des tubercules miliaires dans les arthrites chroniques. Ils se rencontrent presque exclusivement autour des foyers caséeux, aux extrémités des os, autour des séquestres et des granulations. (*Deuts. archiv f. chir.*). L'arthrite fongueuse est ainsi pour lui, comme pour Volkmann, déterminée par une tuberculose locale, de même que pour le docteur Brissaud et d'autres cliniciens français. Voy. TUBERCULOSE ARTICULAIRE.

Arthrite tuberculeuse. V. TUBERCULOSE ARTICULAIRE.

ASCITE *chez les alcoolisés.* Voy. ALCOOLISME.

Ponction capillaire. La soustraction brusque d'une grande quantité de liquide à l'économie, surtout dans l'état de fai-

blesse des hydropiques, détermine souvent des accidents graves. Pour y obvier, la paracentèse capillaire, pratiquée et indiquée par M. Leudet dans son *Précis de clinique médicale* (Voy. *année* 1874), a été érigée en méthode générale en Angleterre par M. Goodhart, et c'est ainsi que M. Southey, de Londres, a préconisé le drainage capillaire des membres œdémateux infiltrés. (Voy. Paracentèse, 1878.) Imitant cet exemple, le docteur Henrot s'est servi avec succès d'un trocart de 1 millimètre et demi de diamètre et de 8 à 9 centimètres de long. C'est donc à peu près l'aiguille exploratrice. Après l'avoir plongé dans l'huile phéniquée, il l'introduit au lieu d'élection, l'adapte à un tube de caouchouc plongeant dans un bassin et le maintient en place par une épaisse couche de ouate aussi longtemps que du liquide s'écoule, soit cinq à six heures en moyenne. Le malade l'enlève ensuite.

Six ponctions successives, pratiquées chez une femme atteinte de cirrhose du foie et gardant le lit depuis plus de six mois, ont amélioré si bien son état, qu'elle a pu reprendre ses occupations.

L'innocuité de ces ponctions capillaires et leurs avantages doivent engager les praticiens à les substituer à la paracentèse ordinaire, dans les épanchements symptomatiques surtout. (*Assoc. française.*)

ASPHYXIE. Elle peut être provoquée par la pénétration des ascarides lombricoïdes dans les voies aériennes. En remontant de l'intestin dans l'estomac et l'œsophage, ils peuvent, arrivés dans la gorge, descendre à travers la glotte, le larynx et la trachée, et produire ainsi subitement, l'étouffement, l'asphyxie. C'est par ce mécanisme qu'ils irritent, chatouillent la gorge et provoquent le vomissement. Ces vers sont ainsi vomis assez souvent par les adultes. L'inexpérience des enfants à cracher, à vomir volontairement ce qui les étrangle, favorise leur descente dans les voies aériennes. Aussi est-ce chez eux que se rencontrent les exemples de cette asphyxie. Sur une fille de dix ans, asphyxiée de la sorte, le docteur Haller trouva, à l'autopsie, la bouche et l'arrière-gorge remplies d'une masse de lombricoïdes enlacés et deux dans le larynx et la trachée. Ce ver était engagé dans les cordes vocales chez l'as-

phyxiée d'Andral. Deux observations semblables sont rapportées en 1829 par Tonnelé dans le *Journal hebdomadaire* et Awanson dans les *Archives de médecine* en 1836. Un enfant de trois ans et demi, suffoqué par ce ver, fut trachéotomisé par Smyles. Chez un adulte mort subitement, un lombric fut rencontré dans la bronche gauche. (*Gaz. des hôp.* 1871.)

Un fait récent est relaté par le docteur Donati. Un enfant de cinq ans et demi avait vomi à plusieurs reprises dans la journée, sans qu'il lui fût possible de rien digérer. Un lombric avait été trouvé dans les vomissements. Au milieu de la nuit, il fut repris de vomissements et succomba avec tous les symptômes de l'asphyxie. L'autopsie montra quatre lombrics. Le premier, long de 20 centimètres et d'un diamètre de 4 millimètres, était tout entier dans le larynx, et la trachée. L'une de ses extrémités était sur l'épiglotte; de là, le ver descendait à travers la glotte, le larynx, et arrivait jusqu'au quatrième anneau de la trachée; là, il décrivait une première courbure et remontait, pour traverser de nouveau la glotte et former une deuxième courbure entre les ligaments aryténo-épiglottiques; après avoir formé une anse à concavité inférieure, il redescendait à travers le larynx et la trachée et venait se terminer un peu au-dessous de l'origine des bronches.

A l'anse supérieure de ce premier ver était attaché un second lombric de même longueur, qui, entrelacé avec un troisième, remplissait l'arrière-gorge. Le quatrième ver, celui-là un peu plus long que les trois premiers, avait 25 centimètres; attaché par une de ses extrémités au troisième, il descendait dans l'œsophage et arrivait presque jusqu'à l'estomac.

On ne trouvait aucun autre lombricoïde, ni dans l'estomac, ni dans l'intestin grêle.

Les poumons étaient hyperémiés et œdémateux. Le larynx et la trachée contenaient un peu d'écume blanche. (*Ann. di medicina*, novembre 1878.)

Cette forme d'asphyxie ne doit donc pas être méconnue, ni oubliée, surtout chez les jeunes enfants. Chez ceux qui, soupçonnés d'avoir des vers, sont ainsi pris de vomissements sans cause, sinon de nausées, de chatouillements de la gorge ou de symptômes d'étranglement, d'asphyxie, il est

prescrit d'administrer immédiatement soit un vomitif énergique, soit un vermifuge capable de tuer le ver et de le faire retomber dans l'estomac, d'où il serait ensuite expulsé par les selles.

Voy. INJECTIONS INTRA-VEINEUSES D'AMMONIAQUE.

ATAXIE LOCOMOTRICE. *Rapports avec le traumatisme.* Si la commotion de la moelle par coups, chutes, contusions sur le dos, les pieds, la tête et l'inflammation consécutive qui en résulte, peut en déterminer ensuite la sclérose et l'ataxie qui en est la conséquence, comme Erichsen a cherché à le moutrer dès 1866, les faits concluants à cet égard sont assez rares pour que le docteur Petit, dans son étude bibliographique sur cette question, couronnée par la Société de chirurgie en 1878, n'ait pu en collectionner que cinq sous ce titre. Au contraire, il a pu en réunir quinze où un traumatisme plus éloigné et moins direct, la suppression d'une éruption cutanée, des règles, des hémorrhoïdes a paru déterminer une ataxie consécutive après un temps plus ou moins long. Mais le rapport est si obscur, éloigné, douteux, dans la plupart de ces faits, qu'ils ne peuvent guère servir à une étiologie rigoureuse et précise de l'ataxie. Admettre une prédisposition antérieure pour expliquer l'effet de causes si diverses, indirectes, éloignées, occasionnelles, c'est se perdre dans le vague. L'ataxie, localisée dans un œil, un membre, une articulation, comme il en existe des exemples, prouverait bien mieux l'action de ces causes générales agissant sur le point faible, le lieu de moindre résistance de l'économie. Tant d'autres causes peuvent y contribuer quand c'est la moelle, qu'il est bien difficile, pour ne pas dire impossible, de les apprécier.

Il n'en est pas de même quand un traumatisme agit pendant le cours de l'ataxie, soit en l'aggravant, soit en réveillant les symptômes. 15 observations sont relatées à l'appui. Mais cette influence est si faible ou a été si mal déterminée que, dans la plupart, l'effet n'en paraît ni direct ni immédiat. Le traumatisme n'a pas ici d'action spéciale; il agit comme dans tous les états généraux, constitutionnels, morbides, les diathèses, les cachexies, cancer, syphilis, tuberculose, scrofule, diabète, albuminurie, alcoolisme et même la grossesse, où l'organisme est si profondément modifié qu'il

devient sensible et impressionnable au moindre traumatisme, à la plus légère suppression de fonction. Toute excitation morbide est une cause d'aggravation, et c'est pourquoi chez les ataxiques, comme dans tous ces états divers, il faut n'agir que doucement et lentement. Toute impression violente, comme un traumatisme spontané, constitue un grave danger, qui peut accélérer et précipiter la marche fatale de l'ataxie, ainsi que les anciens observateurs l'avaient parfaitement remarqué. La doctrine de la métastase, imaginée pour en rendre compte, a disparu; mais l'effet reste, persiste, tout en étant expliqué plus physiologiquement.

Cette action traumatique est si réelle que les affections aiguës intercurrentes produisent le même effet sur l'ataxie, comme cinq exemples en témoignent. Aussi influe-t-elle réciproquement sur la marche des lésions traumatiques qu'elle entraîne trop souvent, comme fractures, ruptures, etc.

De cette compilation de quarante-sept faits, il ressort l'enseignement que tout traumatisme est dangereux chez les ataxiques. Avec plus de précision et une division plus rigoureuse, l'auteur aurait pu rendre la démonstration plus frappante et saisissante. Ce n'est pas tant le nombre que la qualité des observations qu'il faut avoir en vue. *Non numerandæ sed perpendæ*. Ce travail n'en aura pas moins sa valeur, en appelant l'attention des chirurgiens et des observateurs à ce sujet. (*Revue mensuelle*, nº 3.)

Douleurs fulgurantes. Telle est leur importance prémonitoire qu'elles peuvent exister seules, sans incoordination motrice, ni aucun autre phénomène appréciable, alors qu'à l'autopsie les lésions histologiques de la maladie sont déjà présentes. C'est ainsi que chez une femme de quarante-cinq ans, qui vint mourir à l'hôpital des suites d'une insuffisance mitrale classique, M. Debove diagnostiqua une ataxie locomotrice *fruste*, d'après les commémoratifs seuls. Depuis cinq ans, cette femme était prise d'accès douloureux dans les membres inférieurs, revenant irrégulièrement de quinze jours à deux mois d'intervalle sans cause et disparaissant de même : douleurs assez nettes et violentes pour lui arracher des cris et des vomissements. Un sentiment de constriction très pénible à la base du thorax et un prolapsus de la pau-

pière gauche venaient seuls à l'appui, mais le phénomène du genou ne fut pas recherché.

L'autopsie montra, outre une teinte grisâtre, douteuse, des cordons postérieurs à l'œil nu, les lésions caractéristiques de l'ataxie après le durcissement de la moelle. La sclérose occupait toute l'étendue des cordons postérieurs; bandelettes externes et cordon de Goll à la région lombaire, en s'étendant sur les racines et les cordons latéraux. A la région dorsale, les bandelettes externes et le cordon de Goll étaient envahis partiellement et irrégulièrement, tandis que, dans la région cervicale, la sclérose se limitait à la partie profonde du cordon de Goll près de la ligne médiane.

En confirmant le siége anatomique de l'ataxie locomotrice, ces lésions évidentes montrent qu'il existe une forme fruste de cette maladie, sans incoordination appréciable, et dont les douleurs fulgurantes sont le signe. Cette femme ataxique le serait devenue infailliblement si une maladie intercurrente n'était venue arrêter l'évolution de ces lésions. (*Soc. méd. des hôp.*, juin, et *Union méd.*, nº 123.)

Chute des dents. La fragilité des os longs, déterminée par les altérations du système nerveux central, comme les fractures spontanées en témoignent, s'étend aux os courts. Un commandant ataxique, âgé de cinquante ans environ, perdit, en moins de deux mois, toutes les dents de la mâchoire supérieure. Devenues branlantes, ces dents se détachaient à l'occasion du plus petit effort, sous une pression oblique.

Chez un second ataxique de vingt-six ans, ce furent les dents du maxillaire inférieur qui s'ébranlèrent; elles tombèrent toutes sans déterminer aucune souffrance.

M. Vallin attribue cette chute des dents à l'altération du tissu osseux.

On trouve en effet quelques observations signalant une altération et la destruction même des maxillaires dans des maladies de la moelle. Une atrophie du maxillaire supérieur a aussi été constatée chez plusieurs ataxiques, tellement que la lèvre inférieure avance au-devant de la supérieure. La perte des cheveux et des dents du côté gauche fut le prodrome de l'ataxie chez un homme observé par M. Lereboullet. Tous ces faits témoignent donc d'une action pro-

fonde des altérations de la moelle sur le système osseux. (*Soc. méd. des hôp.* juillet, et *Union méd.*, n° 13).

ATROPHIES MUSCULAIRES. *Recherches sur l'anatomie pathologique des atrophies musculaires*, par G. Hayem. Paris, 1877.

Description analytique des différentes lésions microscopiques constatées et division en trois espèces de l'atrophie selon son origine : nerveuse, dyscrasique et de causes complexes, suivant la distinction faite par M. Desnos dans les amyotrophies. (Voy. ce mot.)

Atrophie musculaire dans l'hémiplégie. *Altération des cellules motrices de la corne antérieure.* Après avoir été considérée comme le simple effet de l'immobilité musculaire par le défaut d'exercice du membre paralysé, cette atrophie rencontre une nouvelle étiologie. Les recherches anatomo-pathologiques du professeur Charcot tendent à la montrer comme le résultat naturel et parfaitement régulier de la dégénération secondaire du faisceau pyramidal par la lésion des cornes antérieures et des grandes cellules motrices en particulier. Contrairement aux observateurs qui n'avaient constaté ces dégénérations médullaires de cause cérébrale que dans la substance blanche, comme MM. Bouchard à Paris et Leyden à Berlin, c'est dans la substance grise que M. Charcot l'a découverte. (Voy. LOCALISATIONS CÉRÉBRALES, 1877.) On ne se préoccupait guère d'ailleurs de cette complication amyotrophique chez les hémiplégiques, sauf Todd en Angleterre, qui l'a signalée dès 1862 après la contracture et la rigidité musculaire. La question des localisations cérébrales a seule éveillé l'attention à ce sujet, comme les trois observations principales relatées et figurées par M. Brissaud, interne, en sont la preuve.

Cette atrophie, encore peu connue, se manifeste à des époques très variables, d'abord à l'épaule, à la région thénar, ou du moins c'est là qu'elle est surtout appréciable. La diminution de la contracture, la disparition de l'action réflexe en sont les meilleurs signes, conjointement avec des tiraillements, des élancements, parfois excessivement pénibles, qui se localisent dans les régions musculaires atrophiées.

En indiquant la propagation de la dégénérescence, cette atrophie aggrave le pronostic, d'autant plus que le membre atrophié devient flasque et sans aucun usage. Contracture, atrophie et flaccidité musculaires sont donc les manifestations successives de la même lésion à ses diverses périodes dont ces symptômes sont la clef. La contracture répond à la sclérose latérale avec conservation des cellules motrices, tandis que la flaccidité indique la nécrobiose, la disparition de celles-ci. La première en est une irritation dynamique, selon M. Charcot, la seconde une irritation destructive. (*Revue mens.*, août.)

B

BAIN ANTISEPTIQUE LOCAL. Le titre d'antiseptique, donné à tout ce qui renferme de l'acide phénique, depuis que M. Lister lui a conféré cette propriété rien moins que démontrée, indique assez qu'il s'agit simplement ici d'eau phéniquée froide ou douce à 1 ou 2 pour 100. Il fait ainsi partie de la nouvelle méthode en vogue et est employé avec avantage par le professeur Verneuil contre les blessures et les plaies récentes des extrémités, notamment des membres supérieurs, par la facilité plus grande d'y soumettre ces parties lorsque les blessés ou les opérés sont dans le lit. Bon nombre d'affections chirurgicales de la main, de l'avant-bras et du coude en sont justiciables. Il était simplement émollient, adoucissant, calmant, narcotique, lorsqu'on redoutait surtout l'inflammation des plaies et des blessures; puis il devint graduellement résolutif, désinfectant, par l'addition de la liqueur de Labarraque, de l'alcool simple ou camphré, et, depuis que la septicémie est devenue l'épouvantail universel, il est rendu antiseptique par l'addition de l'acide phénique à l'eau, ou, quand l'odeur de celui-ci est insupportable, par l'hydrate de chloral.

De même que les irrigations continues d'eau froide sur la plaie ont remplacé ces bains locaux, pendant plusieurs années, M. Verneuil a modifié l'usage de celui-ci : Au lieu d'être permanent pendant des jours et des semaines, ce qui était souvent pénible, fatigant, pour les patients, il l'em-

ploie d'une manière intermittente, soit deux ou trois fois par jour pendant deux heures environ, en enveloppant dans l'intervalle la partie malade avec de la mousseline ou de la tarlatane imbibée de l'eau du bain.

Un aspect blafard des plaies résulte de cette immersion, mais il se dissipe bientôt. Le pus est peu abondant, sans odeur, quelles que soient la profondeur et les sinuosités du foyer, et les plaies sont ainsi entretenues en très bon état. Mais son plus grand avantage serait de prévenir sûrement la fièvre traumatique. Plusieurs débridements, incisions, résections même, pratiqués par M. Verneuil sur des foyers morbides à la suite d'un bain de ce genre et suivis de plusieurs autres, n'ont déterminé aucune élévation de température, comme en témoigne le tracé thermométrique, pris jusqu'à quatre fois par jour. C'est donc là un fait considérable.

Il aurait même le pouvoir de prévenir et d'arrêter la septicémie aiguë ou chronique, en modifiant les foyers pathologiques, récents ou anciens, comme quelques faits semblent l'indiquer. Toutefois, son inefficacité patente contre la fièvre inflammatoire, tant que les foyers purulents ne sont pas largement ouverts et évacués, doit rendre réservé sur son action antiseptique réelle. C'est sans doute parce que M. Verneuil voit le poison septique, la *sepsine*, partout, dès l'apparition de quelques symptômes graves, qu'il lui attribue ce pouvoir si l'opéré guérit. Les débridements multiples rendent bien mieux compte de cette interprétation dans plusieurs cas cités à l'appui de ce panaris gangréneux, où, malgré l'usage du bain antiseptique pendant deux jours, les accidents allèrent croissant d'une manière alarmante, pour s'arrêter et cesser dès que les incisions multiples, profondes et hardies, eurent expulsé le pus. C'est là l'effet ordinaire que l'on constate souvent dans le bain antiseptique, et il ne perdrait rien à ce qu'on ne lui attribuât pas cette propriété merveilleuse du bistouri. (*Archiv. de méd.*, juillet et août.)

BOTHRIOCÉPHALE. Sa rareté et l'extrême variété de ses symptômes en font souvent méconnaître l'existence. Tel fut le cas chez une dame d'une soixantaine d'années, soignée depuis dix mois environ par les docteurs E. Besnier et

Descroizilles pour une diarrhée chronique, avec coliques, gargouillements incessants, qui résistait à tous les moyens, bien qu'il n'y eût ni sensibilité, ni tumeur locale, ni aucune trace de cachexie. Un amaigrissement considérable et une somnolence invincible après le repas du soir étaient les deux seuls phénomènes inquiétants, se rattachant à cette diarrhée, dont la persistance faisait craindre un cancer latent.

La malade fut envoyée ainsi aux eaux de Plombières, où elle avait obtenu autrefois la guérison d'une dyspepsie rebelle. Au dixième ou douzième bain, un besoin pressant d'évacuation survint, et un fragment de ver rubanné, de 60 centimètres de long, fut rendu. Les anneaux, bien qu'assez étroits, étaient deux fois aussi larges que hauts et portaient les organes génitaux au centre de chaque segment, caractères essentiels du bothriocéphale large de Bremser. En effet, des pilules d'extrait éthéré de fougère de Peschier furent administrées à la malade à son retour, et, après des coliques et des évacuations répétées, elle rendait, six heures après, 6 mètres du ver entier, dont l'état froncé, la couleur bleuâtre, la ligne accentuée médio-annulaire des organes génitaux et surtout la longueur amincie du col, de 25 centimètres environ, séparant la tête du corps, étaient bien les caractères de ce ténia (*V. ce mot*). La malade guérit immédiatement.

Quant à l'origine de ce ver — qui ne se contracte pas comme le ver solitaire, armé ou non — par l'usage de la viande de porc ou de bœuf crue, elle n'est pas démontrée. On le trouve en Suisse, en Roumanie, en Pologne et en Russie, où il est prédominant. La malade précédente pouvait ainsi l'avoir contracté sur les bords du lac Léman, où elle était allée l'année précédente, en mangeant du poisson appelé féra, qui s'y pêche et que l'on consomme en grande quantité, quoique contenant fréquemment le bothriocéphale, mais d'une espèce différente, suivant le docteur Revilliod (de Genève). Il a observé en effet que les accidents qu'il produit sont généralement plus intenses que ceux des autres espèces de ténias. Les troubles digestifs sont graves et persistants, les accidents nerveux très variés, et la céphalée plus ordinaire, comme dans le cas précédent. Ce médecin distingué a traité notamment, pendant plusieurs mois, un jeune sujet pour une céphalée persistante, incompréhensible, et qui s'est dissipée après l'expulsion spon-

tanée d'un bothriocéphale. (*Soc. méd. des hôp.*, juillet, et *Union méd.*, n° 97.)

BRONCHITE. *Etat criblé et strié de la muqueuse.* La bronchite chronique, chez les vieillards, les affaiblit, les épuise parfois, et leur donne un aspect cachectique qui peut simuler la phthisie au premier coup d'œil, alors qu'elle est absente. Leurs souffrances, leur toux, leur expectoration muco-purulente, ajoutées à l'altération profonde de la physionomie, les traits rétractés, le regard vague et indifférent, la débilité et l'incertitude des mouvements, le tremblement musculaire, la lenteur des réponses, la sécheresse de la langue et ses fuliginosités, la peau sèche et terreuse, font penser à un état grave qui n'existe pas. Deux observations recueillies sur des hommes de soixante-dix et soixante-douze ans, à l'hospice des Incurables, par le docteur Ferrand, en sont des preuves. Il ne rencontra ainsi qu'une exulcération intéressant l'épithélium et la couche superficielle de la muqueuse bronchique au niveau des bifurcations, surtout réduite à une extrême minceur qui laisse voir le tissu réticulé : d'où l'aspect criblé qu'elle offre. Cette lésion semble due à la stagnation des crachats presque purulents qu'elle sécrète. Ce serait donc là une bronchite spéciale, réclamant surtout l'usage des toniques excitants et des expectorants. (*Soc. méd. des hôp.*, décembre, et *Union méd.*, n°s 40 à 42.)

C

CALCULS. Calculs intestinaux. Ils peuvent résulter de l'usage abusif de la magnésie carbonatée ou décarbonatée, qui, par sa facilité d'administration et ses effets doux, est surtout employée contre la constipation habituelle. L'un des clients du docteur Blondeau, qui faisait ainsi un usage presque quotidien de magnésie calcinée à la dose de quatre cuillerées à café, a rendu avec des difficultés excessives des concrétions intestinales nombreuses et très dures, formées en grande partie de magnésie.

Chez une dame soignée par M. H. Guéneau de Mussy, l'abus de la magnésie donna lieu à la formation d'un calcul

intestinal qui causa une véritable obstruction de l'intestin. Pour l'extraire du rectum, on dut employer la gouge et le maillet. Il a même connu un cas de mort causée par un semblable calcul.

Ce n'est probablement pas le seul que la science ait eu à enregistrer. Pereira cite, dans ses *Element of mat. Med. and Therap.*, vol. I, p. 645-46, une autopsie où l'on trouva un calcul magnésien de 4 à 6 livres logé dans le côlon.

On a accusé encore la magnésie de favoriser, dans certaines conditions, le développement de calculs rénaux ou vésicaux.

Tout ceci prouve qu'il faut de toute nécessité que le médecin dirige les malades dans l'emploi de ce purgatif, qui passe généralement, aux yeux des gens du monde, pour parfaitement inoffensif. (*Soc. de thérap.*, 11 mai.)

Calculs biliaires. *Extraction suivie de succès.* Une femme de cinquante-trois ans, célibataire, fut admise à l'hôpital Guy pour deux fistules biliaires datant de trois ans et causées par un abcès antérieur. L'examen décela la présence d'un calcul biliaire à deux pouces de profondeur en dehors de la vésicule biliaire. M. Bryant en fit l'extraction sans aucun accident. L'écoulement de la bile se tarit en quinze jours, puis la fistule se ferma, et, quatre mois après, l'opérée quittait l'hôpital parfaitement guérie.

Cet exemple est un encouragement donné aux chirurgiens pour tenter l'extraction des calculs biliaires à travers les parois abdominales, comme le docteur Thudichum l'a suggéré il y a vingt ans et comme Marion Sims et Brown l'ont exécuté depuis dans des cas d'obstruction des conduits biliaires. Mais M. Hulke a rappelé que les *Mémoires de chirurgie* de 1706 contiennent un traité à ce sujet, où le diagnostic est complètement exposé avec des observations à l'appui. (*Clin. Society*, 9 mai.)

CANCER. Les tumeurs du sein chez les vieillards, quoique anatomiquement les mêmes que chez les adultes, auraient une marche beaucoup plus lente, d'après M. Verneuil. Une femme de quatre-vingts ans, entrée à sa clinique pour une arthrite du poignet, portait depuis quatre ans une tumeur au niveau du sein dont elle n'avait jamais souffert.

Chez une autre, une tumeur du sein fut constatée à soixante-treize ans et dura jusqu'à quatre-vingt-quatre, date de sa mort d'une pneumonie, sans la faire souffrir que par accès. Une induration indolente s'observa aussi chez sa fille vers soixante-dix ans, sans qu'elle en souffre habituellement depuis huit ans. Il y a donc lieu de ne pas toucher à ces tumeurs, en raison de leur indolence, de leur marche très lente, de leur état stationnaire. Les cancers, comme on le sait, se généralisent fort peu chez les vieillards, ce qu'il faut attribuer à la diminution du réseau lymphatique et à l'inactivité de sa circulation. Une preuve à l'appui de cette proposition est l'observation de deux vieillards, de plus de quatre-vingts ans, atteints de chancres indurés. L'induration des ganglions, qui est la règle de cet accident, était nulle. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, août.)

Signes précurseurs. Un cancer du sein droit survenu consécutivement à un eczéma chronique du mamelon, ou du moins une *eczematous condition*, comme l'appelait J. Paget, qui en a fait le premier la remarque (voy. *année* 1877), a été l'occasion d'une discussion à ce sujet. Quand la malade consulta Tilbury Fox en 1878, pour son eczéma, elle en souffrait depuis quatre ans. A ce moment, M. Lawson trouva le mamelon légèrement rétracté et la glande intacte, ainsi que les ganglions avoisinants ; mais, le sein ayant augmenté un an après, il fut amputé sur le conseil de sir J. Paget. La plaie guérit rapidement, et jusqu'ici il n'y a pas récidive ; mais l'examen au microscope de la pièce anatomique n'a constaté aucune lésion du cancer épithélial de la glande ; le tissu connectif du mamelon était seul infiltré de cellules épithéliales. Il s'agit donc toujours de savoir si l'eczéma rebelle du mamelon comme l'ichthyose rebelle de la langue sont des signes précurseurs du cancer et s'ils autorisent l'amputation précoce comme moyen d'éviter plus sûrement la récidive.

Tandis que les cliniciens sont de cet avis, les histologistes le contestent formellement, parce que, d'après le docteur Thin, les conduits du mamelon sont seuls le siége de tumeurs épithéliales qui peuvent rester sans changement pendant de longues années. Mais, pour M. Hutchinson, il ne serait pas prudent de s'en tenir à cette définition de l'eczéma ; le fait

clinique est que le cancer survient après ce que l'on qualifie ainsi. Et, quant à sa rareté, M. Morris ajoute que, pendant dix ans qu'il a été chargé du service des cancéreux à l'hôpital Middlesex, il n'a pas vu un seul cas de ce genre, tandis que sur plus de cinq cents cancers mammaires, observés depuis six ans, il en a remarqué deux exemples avec eczéma du mamelon d'une durée antérieure de cinq à six ans. Ces cancers se sont ensuite généralisés aux organes internes. Est-ce effet ou simple coïncidence? (*Clin. Society*, 24 octobre.)

Cancer de l'estomac. *Mort subite par l'ulcération de l'artère splénique.* Voici un curieux rapprochement de l'effet similaire d'une ulcération cancéreuse et d'une caverne tuberculeuse. On sait que, par les progrès de celle-ci, des artérioles peuvent être dénudées, disséquées et comme suspendues dans ce foyer purulent. D'où leur dilatation et leur rupture consécutive amenant la mort subite par hémoptysie foudroyante. (Voy. *ce mot*, 1868) Une terminaison semblable a été observée par le professeur Mayet, sur une femme de cinquante-neuf ans, se plaignant simplement de douleurs abdominales et de vomissements rebelles, sans tumeur appréciable. Une rénitence vague existait seulement dans la région splénique. Le succès des eaux alcalines contre les vomissements pouvait même faire douter d'une dégénérescence cancéreuse, lorsque la malade fut prise subitement de selles sanguinolentes noirâtres avec faiblesse, pâleur, lipothymies syncopales. Les vomissements de sang survinrent et quelques heures après la mort.

Dans l'estomac, énormément dilaté par le développement excessif de la tunique musculeuse, on trouva un litre de sang environ. La grande courbure, à 10 centimètres en dehors du pylore, se confondait au pancréas par des adhérences intimes dans une étendue de 7 à 8 centimètres. A ce niveau existait une ulcération régulière, ronde comme une pièce de cinq francs, dont le fond noirâtre était formé par un tissu dur, grisâtre, criant à la coupe, avec tous les caractères du squirrhe, et développée aux dépens de l'estomac et du pancréas dans une épaisseur d'un centimètre. Un petit trou rond, comme un grain de millet, existait au fond et conduisait dans une poche anévrysmale, comme une petite noisette, formée sur le trajet de l'artère splénique, noyée

dans le néoplasme. Une hypertrophie notable du cœur avec dégénérescence graisseuse était la seule lésion coïncidante. (*Lyon méd.*, nº 27.)

Cancer de l'utérus. *Nouveau procédé d'ablation.* L'excision de l'utérus et des ovaires après l'opération césarienne, inaugurée par Porro, de Pavie, semble avoir suggéré un nouveau procédé opératoire en Allemagne pour l'ablation de cet organe. A l'amputation supra-vaginale, si difficile et laborieuse, si dangereuse surtout par l'hémorrhagie qu'elle entraîne, on substitue l'ouverture du ventre, et l'on procède à ciel ouvert, comme dans l'ovariotomie. Voici ce procédé :

Sur une femme de soixante-deux ans, ayant des métrorrhagies depuis deux ans et demi avec écoulement fétide, que ni le raclage de la muqueuse intra-utérine avec la curette, ni les cautérisations au fer rouge n'avaient pu tarir, — il s'agissait d'une dégénérescence carcinomateuse, — le docteur Freund amputa l'utérus de la manière suivante. Après avoir vidé la vessie et le rectum et lavé la cavité de l'utérus avec une solution phéniquée au dixième, il incisa la paroi abdominale sur la ligne médiane, depuis la symphyse pubienne jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Les anses intestinales étant maintenues écartées du bassin à l'aide d'un linge mouillé, les fausses membranes minces qui liaient l'utérus furent divisées avec la main, et la matrice, en rétroflexion, fut fixée à l'aide de fils passés à travers le corps de l'organe. Trois ligatures furent placées dans l'épaisseur du ligament large : la première comprenant la substance de la trompe et le ligament ovarien, la seconde celle du ligament ovarien en traversant la portion inférieure du trajet de la précédente ligature et celle du ligament rond; la troisième enserrait une partie du ligament rond et la portion latérale du vagin; l'aiguille ayant traversé d'abord la partie antéro-latérale de ce conduit, pour sortir de nouveau par la partie postéro-latérale et pénétrer dans le pli de Douglas. La paroi antérieure du vagin fut dès lors sectionnée dans le cul-de-sac utéro-vésical, la paroi postérieure dans le pli de Douglas, et les ligaments larges dans un point compris entre la ligne médiane et les ligatures dont il a été question plus haut. L'utérus put ainsi être enlevé sans grande perte de sang. Les fils des ligatures

ayant été introduits dans le vagin, une traction un peu forte, exercée sur les deux ligatures supérieures, transforma le trou béant compris entre la vessie et le rectum en une fente transversale. Les bords de cette fente, constitués par les portions intactes du péritoine, tapissant les parties antérieure et postérieure de l'excavation pelvienne, furent réunis par des points de suture très rapprochés. Des fils d'argent maintinrent les bords de l'incision abdominale, et un pansement ouaté antiseptique termina cette grave opération.

Elle avait duré deux heures et fut suivie de fièvre pendant un jour et demi seulement. La guérison suivit ensuite un cours régulier, et, dix-neuf jours après, l'opérée était entièrement rétablie. L'ouverture de la partie supérieure du vagin était réduite aux dimensions d'une plume d'oie.

Devant ce résultat, Freund, trouvant cette opération indiquée dans tous les cas de cancer de l'utérus avant que les parties environnantes soient envahies, l'a pratiquée dans quatre cas de ce genre. Deux de ces femmes guérirent, — on ne dit pas combien de temps; — la troisième succomba à la septicémie et la quatrième à une péritonite par perforation. (*Wolkmann's Klin. Vortrage*, nº 133.)

Une sixième application de ce procédé a été faite par Frankel chez une femme de cinquante ans qui avait eu, cinq mois auparavant, une hémorrhagie utérine à la suite du coït.

Au moment de l'intervention chirurgicale, la dégénérescence carcinomateuse avait envahi le conduit vaginal, le ligament large à droite et le muscle rétracteur de l'utérus de ce même côté. Les ganglions inguinaux étaient largement tuméfiés. L'opération dura deux heures et demie. Les portions carcinomateuses du vagin ne furent pas enlevées en totalité. Ce n'est que trente-sept jours plus tard que le reste fut détruit avec le cautère de Paquelin. La malade guérit complètement. Aussi Frankel s'exprime-t-il avec un enthousiasme sans bornes sur la valeur de cette nouvelle méthode opératoire. (*Berl. Klin. Woch.*, nº 31.)

Crédé a tenté également cette opération pour un cancer utérin, mais en modifiant le procédé. Il jugea préférable de ne pas refermer l'ouverture pratiquée dans le péritoine et conseille en outre d'enlever les ovaires en même temps que

l'utérus. C'est rationnel et d'un gynécologiste judicieux. L'opération se fit sans encombre, malgré cette mutilation. Mais la dégénérescence avait envahi le vagin, et l'opérée succomba deux jours après. Un volvulus expliqua ce dénouement à l'autopsie. L'auteur croit donc que cette opération n'est applicable qu'au début de la dégénérescence cancéreuse. (*Centralblatt für chir.*, n° 32.)

Avec l'habitude que les chirurgiens ont aujourd'hui de l'ovariotomie, on peut prédire une rapide généralisation de ce mode d'ablation de l'utérus cancéreux. Le mal débutant ordinairement par le col, il y aura chance de le localiser en opérant de bonne heure. Mais les conditions de la menstruation chez les femmes encore réglées et même celles de la ménopause ne seront-elles pas la pierre d'achoppement de cette mutilation absolue de la femme? Ce n'est donc que par une statistique lente et bien établie que l'on pourra connaître les suites de cette nouvelle opération, que les résultats ultérieurs de l'opération de Porro serviront aussi à éclairer. (*Centralbl. für gynecol.*, 1878, et *Archiv. de méd.*, mars.) Voy. OPÉRATION CÉSARIENNE.

Anse galvano-caustique. Devant les difficultés extrêmes pour l'application de l'écraseur de Chasssaignac et le gros serre-nœud de Maisonneuve, M. Gallard se sert d'une anse de platine beaucoup plus facile à appliquer avec les doigts, sinon une pince, lorsque le mal au début est localisé à la portion vaginale du col. La section est ainsi facile, rapide et sans hémorrhagie. En enlevant avec soin toute la portion malade, les douleurs sont calmées, et la vie des malades est prolongée le plus souvent quand il n'y a pas guérison définitive. (*Union méd.*, n° 113.)

CAUSTIQUES. *Alcools caustiques.* On désigne sous ce nom, en Angleterre, les éthylates de sodium et de potassium, introduits par le professeur Richardson il y a quelques années. Ils résultent de la substitution d'un atome de sodium ou de potassium à un atome d'hydrogène de l'alcool éthylique. Très instables, ces éthylates, en présence de l'eau, se décomposent en soude ou en potasse caustique et en alcool ordinaire ou éthyle. Ils forment des caustiques puissants, dont il est possible de régler l'action au point que

leur application sur la peau ou d'autres tissus est indolore. On anesthésie par réfrigération le tissu que l'on veut détruire, puis on applique l'alcool caustique, et l'action est complète et rapide.

Leurs propriétés coagulante et antiseptique les ont fait employer avec avantage contre le lupus de la face, les ulcères malins, les tumeurs vasculaires de la peau, dont la cicatrisation est peu apparente. V. Nœvus.

CERVEAU. *Développement.* L'examen de quatre-vingt-seize enfants morts dans la première année de leur existence a montré à M. Parrot la loi du développement des substances blanche et grise. Jusqu'à la fin de la vie intra-utérine, elles restent indistinctes, comme le démontre l'examen des fœtus, dont le point épiphysaire du fémur n'a point encore paru. A la naissance, la substance blanche apparaît sous forme d'une anse à peine visible contournant le sommet de la scissure de Rolando ; elle existe dans la couche optique et le pédoncule. A partir de ce moment, elle se développe régulièrement de bas en haut à partir du pédoncule ; à un mois, la capsule interne est déjà nette ; à trois mois, la substance blanche du lobe occipital est distincte ; celle des lobes antérieurs, toujours plus en retard, et même plus à gauche qu'à droite, ne s'accentue complètement que vers la fin de la première année. Chaque région corticale de substance grise se développe en même temps que les faisceaux blancs sous-jacents. Cette évolution du cerveau est en rapport avec celle du crâne, dans lequel les fontanelles postérieures se soudent les premières et où les sutures fronto-pariétales droites sont plus précoces que les gauches. Ces faits, rapprochés des notions actuelles sur les localisations, permettent de supposer que, plus une partie du cerveau répond à des fonctions élevées, plus le développement en est tardif. (*Soc. de biol.*, mars.)

Maladies. L'influence saisonnière du printemps sur leur production a été mise en évidence cette année à Lyon, en avril et mai surtout, encore plus que les années précédentes. Aux Brotteaux, M. Chappet a été frappé du nombre considérable d'accidents cérébraux. Quatre cas d'hémorrhagie cérébrale, avec hémiplégie droite et aphasie, ont déterminé

trois morts, dont une foudroyante. La multiplicité de ces accidents cérébraux a aussi été constatée en ville, comme l'un des traits principaux de la constitution médicale régnante. Les services d'enfants dans les hôpitaux offraient également un nombre inusité de méningites avec ou sans convulsions, ce qui a contribué à augmenter dans une forte proportion le chiffre de la mortalité. (*Lyon méd.*, n° 31.) Voy. Localisations cérébrales.

CHARBON. *Immunité des moutons d'Algérie à l'inoculation.* Cette découverte expérimentale est due au professeur Chauveau, de Lyon. On savait déjà que, si la vache et le mouton sont prédisposés au plus haut degré au charbon ou sang de rate, d'autres espèces, comme les oiseaux, y sont réfractaires, en raison de leur température élevée, qui s'oppose à la prolifération de la bactéridie charbonneuse ou *Bacillus anthracis*. La fameuse expérience du refroidissement des poules par M. Pasteur l'a démontré irréfutablement. (V. *année* 1878.)

Mais que cette immunité à l'inoculation charbonneuse s'observe positivement, expérimentalement sur les moutons qui y sont les plus prédisposés, voilà qui est surprenant. Si le virus syphilitique ne s'inocule pas à tous les hommes qui s'y exposent, on peut arguer que ceux qui n'en offrent pas les manifestations ne l'ont pas absorbé ; ils n'y sont pas réfractaires pour cela, et tous les jours une épreuve consécutive prouve le contraire. L'immunité à la vaccine ou à la variole ne s'explique que par une contamination antérieure. L'immunité naturelle et congénitale, inhérente à la constitution physiologique propre de l'individu, n'existe pas, suivant les modernes expérimentateurs.

Au cours d'expériences faites en 1872, M. Chauveau ayant constaté que deux moutons, inoculés avec du sang charbonneux authentique, avaient résisté sans être malades, alors que des lapins et un bélier, inoculés comme témoins, étaient morts, soupçonna que ces animaux étaient d'une race différente. Et, comme des moutons africains se montraient alors sur le marché de Lyon, il résolut de vérifier ce fait anormal.

Neuf moutons appartenant à la race barbarine pure ou plus ou moins croisée avec la race syrienne de moutons à

grosse queue, importés d'Algérie, furent achetés sur le marché de Lyon, tous, sauf un, de race et de provenance bien authentiques. Chez tous, l'inoculation avec du virus charbonneux a été réitérée de trois à cinq fois consécutives, en prenant la matière infectante à des sources choisies et diverses et en variant les procédés d'inoculation, et, sans aucune exception, tous ont résisté au charbon, tandis que les lapins et les moutons indigènes, servant de sujets de comparaison, succombaient dès la première inoculation.

Quelle est la cause de cette immunité absolue des moutons algériens ? Provient-elle de la race, du milieu ou de la traversée ? A ces questions, il eût été facile au savant vétérinaire de répondre en s'enquérant près de ses collègues si le charbon ou sang de rate s'observe sur les troupeaux en Algérie et si le climat ou la température est la cause de leur immunité : ce qui eût eu tout d'abord une importance pratique pour leur importation. Mais telle est la vogue exclusive des expérimentations sur l'esprit public et la négligence de l'étude étiologique, qu'il a cru devoir en rester à ce fait brut, qui, malgré son importance et sa nouveauté, n'avance guère la question pratique, en s'empressant de le communiquer à l'Académie des sciences (septembre).

CHEILO-ANGIOSCOPIE. Nouvelle méthode d'examiner le cours du sang au microscope chez l'homme vivant, sur la muqueuse de la lèvre inférieure. Il est facile, en effet, en renversant cette lèvre avec les doigts, d'observer à l'œil nu un réseau très délicat de vaisseaux sanguins ; mais, pour préciser cette observation comme dans les interstices des pattes de la grenouille, le professeur Hueter a recours au procédé suivant.

La tête du malade est fixée dans l'appuie-tête des photographes, auquel est ajouté un support pour le menton, un microscope et un système d'éclairage. Ainsi disposé, soit à la lumière du jour ou à celle d'une lampe dont les rayons sont condensés avec une lentille convexe, la lèvre inférieure est fixée avec de petites pinces. Avec un objectif de Zeiss et un oculaire n° 4, on aperçoit alors un magnifique réseau de capillaires ramifiés, d'artères et de veines qui semblent injectés, à première vue, avec une masse rouge. En fixant l'un de ces vaisseaux superficiels, on voit les globules san-

guins se mouvoir, sous forme de petits points, en se dirigeant en forme de tire-bouchon vers la surface de la muqueuse. Les leucocytes se distinguent même sous l'aspect de taches blanches. On aperçoit aussi, comme à travers un voile, le courant sanguin des veines profondes beaucoup plus rapide que dans les capillaires. Les orifices des glandes muqueuses apparaissent enveloppés d'un réseau arrondi de vaisseaux sanguins et parfois obstrués d'un bouchon muqueux. L'épithélium pavimenteux, avec ses noyaux, s'observe aussi sur le bord des lèvres à la lumière oblique. (*Centralblatt*, n° 14.)

C'est donc une nouvelle méthode, qui peut être destinée à résoudre bien des problèmes physiologiques et pathologiques.

CHIRURGIE. En observant le mouvement qui se fait depuis quelques années dans le domaine de la chirurgie active, M. Verneuil n'a pu s'empêcher d'élever une protestation énergique contre ce qu'il a sévèrement, mais justement appelé le *vertige*, la *folie* opératoire qui semble s'être emparée d'un certain nombre de chirurgiens de divers pays. Il n'est pas d'opération si étrange, si excentrique même, qui ne soit sérieusement proposée et même exécutée ! Telle est l'extirpation du larynx, de la rate, du rein, non pas seulement du rein kystique, mais du rein simplement mobile ! On résèque des tronçons de l'œsophage, de l'estomac, du côlon ! Un chirurgien a proposé, pour combattre la stérilité chez la femme, le cathétérisme des trompes de Fallope, et un autre, encore plus hardi, la cautérisation de l'orifice utérin de ces mêmes trompes avec le galvano-cautère ! Un temps viendra, dit-il, et il semble proche, où l'on verra introduire dans la pratique courante de la chirurgie des opérations jusqu'ici réservées pour les exercices de l'amphithéâtre d'anatomie.

Cette lutte à outrance de la chirurgie opératoire contre des maladies répétées incurables est bonne sans doute et mérite d'être approuvée, mais à la condition de ne pas dépasser certaines limites Les résultats heureux et véritablement merveilleux à certains égards de la méthode antiseptique. en accroissant l'audace des chirurgiens, ne doivent pas faire perdre de vue que la thérapeutique non sanglante

est aussi infiniment mieux armée aujourd'hui qu'elle ne l'était autrefois. Ils doivent y recourir et en tenter les chances à l'égal du bistouri ou du couteau. (*Acad. de méd.*, 28 octobre.)

Éléments de pathologie chirurgicale de Nélaton, continués et augmentés par J. Péan, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. Un vol. grand in-8°, avec de nombreuses planches. 2e partie du tome IV. Paris, librairie *Germer Baillière.*

Trois années se sont écoulées depuis l'apparition de la première partie de ce volume. (V. *année* 1876.) Mais la lenteur de cette publication classique trouve sa justification dans le soin avec lequel toutes les parties en sont revues, pour l'enregistrement des nouvelles acquisitions. Les *affections de la bouche et ses annexes* sont ainsi augmentées des nouvelles recherches sur la périostite alvéolo-dentaire, les kystes des mâchoires, les ulcérations tuberculeuses de la langue et celles de nature scrofuleuse du voile du palais, ainsi que les nouvelles opérations pratiquées sur les dents, les greffes exceptées. Et de même quant aux *affections du cou*, du *corps thyroïde*, du *larynx*, de la *trachée* et de l'*œsophage* que contient ce volume. Toutes les modifications opératoires afférentes à ces affections chirurgicales y sont surtout l'objet d'un examen spécial, jusqu'à la nouvelle *gastro stomie* de l'homme à la fourchette.

Ce tome IV réunit donc tout ce qui a trait aux différentes spécialités de l'ophthalmologie, l'otologie, l'odontechnie, la laryngoscopie, au point de vue chirurgical. Il forme comme autant de traités particuliers sur toutes les opérations et les procédés qui en. forment la spécialisation dans les grandes villes. Il s'adresse particulièrement sous ce rapport aux praticiens comme aux étudiants, obligés d'en connaître pour leur pratique journalière comme ceux-ci pour leurs examens.

Cette publication serait sans doute plus rapide si, comme cela se fait à l'étranger, l'auteur s'était assuré la collaboration des principaux spécialistes : les Wecker, Magitot, Krishaber, Bonnafont, pour que chacun lui fît une monographie de l'objet spécial de ses études. La *Chirurgie d'Holmes* en Angleterre en est un exemple. Mais, comme chaque spécialiste a sa doctrine et une exposition diffé-

rente, un pareil ouvrage n'aurait pas l'unité de celui-ci. Il serait disparate. Et bien que M. Péan s'attache à citer plutôt les faits, les observations, les procédés, les opinions et les ouvrages des autres que les siens propres, dont il nous paraît trop sobre, on n'en a pas moins son appréciation unique, jointe à celle de son illustre maître Nélaton, sur l'ensemble de la chirurgie moderne. C'est le caractère particulier de cet ouvrage considérable, véritable encyclopédie chirurgicale.

Leçons de clinique chirurgicale, professées à l'hôpital Saint-Louis en 1875 et 1876 par le docteur Péan. Un volume grand in-8° de 918 pages, avec 105 figures dans le texte. Paris, librairie *Germer Baillière.*

Cet ouvrage impose extérieurement par son volume, son grand format et sa facture irréprochable. On est saisi en l'ouvrant. Beau papier, texte net et clair, figures nombreuses et superbes, observations et tableaux en grand nombre. Tout cela impose et prévient en sa faveur, comme son aîné, paru il y a trois ans (V. *année* 1876.) L'éditeur du moins en mérite des compliments sincères.

Le fond ne répond malheureusement pas à la forme, pas même à son titre, comme le précédent. Il serait plus exactement intitulé : Clinique chirurgicale de M. Péan à la ville et à l'hôpital, car au lieu de leçons, au nombre de seize seulement dans ce gros volume, c'est bien plutôt, sous le titre fallacieux d'observations, l'enregistrement et la statistique des malades de M. Péan, ses opérations et ses succès. C'est donc bien son œuvre personnelle qu'il présente. Trop personnelle même, dirons-nous, car il s'occupe principalement du *pincement hémostatique*, qu'il veut « ériger en véritable méthode destinée à prendre place dans la pratique journalière, afin d'abréger la durée des opérations et de supprimer définitivement la ligature » (page 291). Ses visées ne tendent ainsi rien moins qu'à surpasser notre grand A. Paré. Aussi consacre-t-il à ce sujet les quatre premières leçons de ce volume et les XIVe et XVe à son différend avec M. Kœberlé, de Strasbourg, qui lui en conteste la priorité. C'est donc six leçons, contenant 160 pages, attribuées exclusivement à ce sujet, sans compter l'examen comparatif de la fin avec les autres moyens hémostatiques.

Là est évidemment l'objet principal, essentiel, de ce volume, et si nous ajoutons que 102 pages sont consacrées à la nouvelle série des opérations de gastrotomie, au nombre de 79 pratiquées en 1876 et 1877, ainsi qu'au catalogue de sa collection particulière, on verra que c'est bien là une œuvre toute personnelle à l'auteur.

Le reste du volume l'accuse d'ailleurs hautement, car la seconde partie, de la page 359 à la page 708, n'est que l'exposé des cas qui ont passé sous ses yeux, divisés ici suivant leur nature, là d'après leur siége et ailleurs suivant les régions, pour être réunis plus loin en tableaux synoptiques. Sauf un chapitre très intéressant d'anatomie pathologico-histologique sur les tumeurs cancéreuses, d'après l'examen de M. André, on peut dire qu'il n'y a rien de nouveau ni d'original dans ce gros volume, sinon au point de vue de M. Péan. Aucun point de doctrine n'y est exposé ni élucidé, sauf le pincement hémostatique et les succès des gastrotomies, dont il fait complaisamment le dénombrement total, s'élevant à 300. L'hystérotomie ou ablation de l'utérus, qu'il a surtout contribué à introduire contre les tumeurs de cet organe, et appelée aujourd'hui plus exactement hystérectomie (V. *ce mot*), y est aussi signalée.

A chacun de juger, d'après cela, ce que la science et les médecins auront à gagner à la publication de si gros et beaux volumes. C'est bien l'œuvre de M. Péan. Tout ce qu'il fait s'y trouve, comme si le moindre coup de bistouri qu'il donne, le moindre appareil qu'il pose, pouvait intéresser le public médical, car, pour ses pinces hémostatiques et l'emploi qu'il en fait dans ses opérations hardies et habiles, on le savait depuis longtemps.

Manuel de petite chirurgie, de A. Jamain; sixième édition, par le docteur F. Terrier, professeur agrégé à la Faculté de médecine, etc. Un fort vol. in-12 de 1060 pages, avec 521 figures dans le texte. Paris, librairie *Germer Baillière*.

Ce manuel se distingue par l'adjectif de *petite* chirurgie, et cependant, par l'ordre même de la description, presque tous les bandages, pansements et appareils de la grande chirurgie y sont figurés et décrits. C'est qu'il est à peu près impossible de les séparer La description des *pansements* de toute sorte, avec les divers topiques solides, liquides et

gazeux, et les différentes méthodes employées pour les appliquer suivant les organes, se rapportent en effet aussi bien à la petite chirurgie qu'à la grande; à plus forte raison celle des *bandages* et *appareils* ressortissant surtout de celle-ci. Aussi les développements considérables donnés à ces trois sections principales de la première partie de l'ouvrage en occupent-ils 638 pages et 358 figures, soit presque les deux tiers du volume. C'est montrer qu'elles sont traitées au complet, dans les formes anciennes comme dans les nouvelles, et que rien d'essentiel n'est omis.

La deuxième partie, comprenant les opérations de petite chirurgie, s'applique sans doute moins à la grande, mais s'y relie encore intimement en décrivant les divers procédés d'*hémostase*, de *cautérisation*, d'*anesthésie*, de *ponction*, de cathétérisme et tant d'autres, car c'est aussi là ce qui se fait et se renouvelle dans les grandes opérations. Si donc les étudiants ont besoin de cet ouvrage pour leur instruction, il n'est pas moins nécessaire au praticien pour lui rappeler, lui remémorer ce qu'il a appris, et lui permettre de choisir, entre tous les instruments, procédés et appareils anciens et nouveaux, décrits et figurés, ceux qui lui conviennent le mieux. Les belles et nombreuses planches font en effet de ce volume un véritable album.

Le succès de ce livre en montre d'ailleurs le mérite; une sixième édition, en moins de vingt ans, en est le plus bel éloge. Loin de vieillir, il se rajeunit à chaque édition en s'enrichissant de toutes les acquisitions nouvelles rentrant dans son programme, tandis qu'il s'allège et se corrige des superfluités d'un autre âge. De là son volume et son intérêt croissants. Une table alphabétique des matières rend facile la recherche des immenses renseignements qu'il contient et permet de le consulter sûrement et sans fatigue.

CHLORAL. *Éruption cutanée.* Comme tant d'autres médicaments, l'usage du chloral détermine une éruption spéciale, légère et passagère qui mérite l'attention du médecin. Les premiers observateurs, malgré l'abus qu'ils en ont fait, ne l'ont pas signalée, et ce n'est qu'en décrivant les effets de son absorption : dyspnée, palpitations, bouffées de chaleur au visage, pyrosis et gastralgie, que Shüle, Crichton-Browne et d'autres ont observé parfois un érythème disséminé, une

sorte de rash scarlatiniforme, analogue à la roséole produite par le copahu ou la copahine.

L'érythème chloralique siége surtout à la face, au cou, sur la poitrine, au niveau des jointures, du côté de la flexion, sur la face dorsale des mains et des pieds. L'éruption a lieu quelquefois d'emblée sur tous les points; mais le plus souvent les plaques apparaissent successivement, sans le moindre trouble de la sensibilité, sans même que le malade s'en aperçoive. Il n'y a pas de réaction fébrile, et, deux ou trois heures après, tout a disparu. Une circonstance curieuse, notée par tous les observateurs, c'est que l'eruption chloralique réclame pour se produire l'intervention d'un autre stimulant de la circulation : elle ne se montre qu'après le repas ou après l'absorption de boissons alcooliques.

L'ivresse chloralique se montra du douzième au treizième jour dans le cas de tétanos relaté par M. Gillette, et une éruption miliaire avec prurit eut lieu sur divers points de la peau; pendant tout ce temps, la plaie était d'une coloration rosée des plus caractéristiques. (Voy. TÉTANOS.)

La rareté de cette éruption en rend la cause d'autant plus obscure. On ne saurait l'attribuer exclusivement aux fortes doses, car, sur vingt-un vénériens auxquels le docteur Mauriac administra jusqu'à 10 grammes de chloral par jour, il n'observa sur aucun cette manifestation cutanée qu'il rechercha. La prolongation de ces hautes doses en paraît pourtant la cause dans le cas de tétanos précité. Mais il y a sans doute aussi des prédispositions. Les individus nerveux ou traités pour des maladies nerveuses en sont ainsi atteints fréquemment. L'âge et le sexe peuvent aussi influer à cet égard. On sait que le chloral est mieux toléré par les enfants que par les adultes et ne détermine jamais d'accidents chez eux. La pureté du médicament est aussi à considérer. (*Des éruptions cutanées provoquées par l'ingestion de l'hydrate de chloral*, thèse inaugurale par C. Martinet. Paris, 1879.)

CHLOROFORME. Divers accidents graves ayant été observés par M. Perrin, du Val-de-Grâce, pendant la chloroformisation, dans ces dernières années, il exprima la pensée que le chloroforme vendu en ville n'était pas aussi sûr que celui des hôpitaux de Paris, soit par suite d'une

mauvaise préparation, soit par l'altération consécutive au contact de la lumière. Le professeur Regnauld, directeur de la Pharmacie centrale, indique les moyens suivants de conserver cet agent et d'en vérifier la pureté avant de s'en servir.

Aux médecins de campagne, obligés d'avoir chez eux quelques provisions pharmaceutiques, il conseille d'utiliser l'action préservatrice d'un fragment de soude caustique, indiquée par Bœttger. Mais à cette substance caustique, altérable et peu maniable, on peut substituer avec économie et avantage du carbonate de potasse ou de soude sec et même du bicarbonate de soude dans la proportion de 10 pour 100 environ. Le chloroforme se maintient ainsi pendant des mois et des années, et il suffit de décanter lentement et de filtrer pour en faire usage.

Comme mesure d'essai, il suffit de verser sur une petite feuille de papier blanc, très propre et pliée en compresse, une quantité suffisante de chloroforme qui l'humecte légèrement, pour qu'en aspirant les dernières vapeurs on reconnaisse la valeur du produit. Le chloroforme pur exhale, jusqu'à la fin, une odeur suave caractéristique, et laisse un papier absolument sec et inodore. Celui dont l'odeur est désagréable, irritante ou nauséeuse et dont le papier reste imprégné, est impur et impropre à l'anesthésie.

Le chloroforme pur ne rougit pas le papier de tournesol et ne trouble pas une solution de nitrate d'argent. On peut donc le reconnaître à ces signes, en rejetant comme altéré et dangereux celui qui rougit ou décolore ce papier d'essai et qui donne un précipité et même un simple nuage blanc à la solution argentique. Il contient de l'acide chlorhydrique ou des produits chlorés provenant de la décomposition.

Ces épreuves simples suffisent, en général, pour déceler les impuretés du chloroforme et le danger de l'employer comme anesthésique. (*Archiv. de méd.*, mars.)

CHLOROSE. *Altérations du sang.* Il résulte des recherches hématologiques du docteur Quinquaud qu'après les hémorrhagies graves et l'anémie progressive extrême, c'est dans la chlorose que la destruction de l'hémoglobine est la plus marquée. De 120 grammes par 1000 chez la femme à l'état

normal, la proportion descend de 52 à 48 grammes, et le pouvoir oxydant de 96 à 100 centimètres cubes au lieu du chiffre normal de 232, tandis que les matériaux fixes ne varient pas; le sérum reste parfaitement sain. Tels sont les *deux* caractères distinctifs de cette maladie, et qui peuvent la faire distinguer des anémies de cause organique, palustre ou gravidique, par défaut d'alimentation ou d'aération, même avec le début de la tuberculose, où l'hémoglobine est toujours beaucoup supérieure, tandis que les matériaux fixes du sérum sont très diminués. On peut diagnostiquer sûrement, à ce seul signe, l'anémie palustre de la chlorose. Dans celle-ci, l'hémoglobine n'est jamais audessus de 50 grammes et toujours au-dessus de 60 dans celle-là. La distinction est donc capitale. (Voy. SANG.)

Spécificité du fer. Il ne suffit pas aux expérimentateurs actuels de constater cliniquement cette vérité bien connue que le fer guérit les chlorotiques en faisant disparaître l'altération des globules et en ramenant ceux-ci à leur chiffre normal et à leur valeur physiologique; le positivisme moderne exige la démonstration que les autres agents employés concurremment ne possèdent pas ce pouvoir, pour rendre le fait véritablement scientifique, mathématique. C'est ce que M. Hayem a fait en rappelant les principaux faits à cet égard.

M. Regnauld s'était demandé si le fer, associé à un radical organique, n'était pas susceptible de passer dans l'économie sans s'attacher aux globules; en conséquence, on a donné à des chlorotiques du ferro-cyanure de potassium. Mais l'expérience a montré que l'état des globules ne s'était pas modifié et que, dans ces cas, le traitement tonique agissait seul sur les malades. Elles retombent aussitôt qu'on cesse la médication. Des auteurs ont aussi prétendu que le fer agissait uniquement sur le tube gastrique en rendant l'appétit et favorisant l'absorption, d'où cette conséquence qu'une alimentation tonique bien supportée pourrait remplacer la médication ferrugineuse. C'est ce qu'on a tenté de réaliser. Des malades ont été soumis, dans ce but, à l'oxygène, lequel a la merveilleuse propriété de supprimer le vomissement et de restituer l'appétit. Les malades, dans ces conditions, deviennent presque voraces : elles mangent faci-

lement leurs quatre portions, elles engraissent, et l'on voit leur urée monter, en quelques semaines, de 4 grammes à 30 grammes environ. Mais les malades ont beau manger et même engraisser; leurs globules altérés ne se modifient pas, et si, en cet état, on les laisse partir, elles reviennent au bout de huit jours. Qu'on applique alors le traitement ferrugineux, et, en un mois, la guérison sera obtenue. Le fer agit donc d'une manière directe, en guérissant les altérations globulaires. Il devra être administré longtemps, si l'on veut éviter les rechutes. (*Soc. de biol.*, 31 mai.)

Mais cette action spécifique, niée par M. Dujardin-Beaumetz, est infirmée par M. Quinquaud, qui a vu trois chlorotiques guérir sans avoir pris du fer. Chez l'une, l'hémoglobine était revenue presque au chiffre normal, après quinze jours de traitement sans fer, et la guérison se maintenait cinq mois après; chez une autre, l'hémoglobine avait augmenté de 13 gr. 50 en dix-huit jours, et la guérison durait depuis trois mois. Elle n'avait augmenté que de 6 grammes en vingt-deux jours dans le dernier cas, mais la guérison persistait depuis dix-huit mois. On n'observe pas de modifications plus rapides avec le fer. (*Soc. méd. des hôp.*, 13 juin.)

Inhalations d'oxygène. De même que l'air vif, le séjour à la campagne est le complément indispensable du fer pour la guérison des chlorotiques; les habitants des villes et surtout les malades dans les hôpitaux ont trouvé ce nouveau moyen pour y suppléer.

En faisant chaque jour respirer en trois fois dix litres de ce gaz, on observe rapidement une transformation des malades. L'appétit renaît; les vomissements cessent; le chiffre de l'urée, tombé à 15 et même à 12, s'élève, et telle malade qui acceptait difficilement une portion d'aliment en arrive à n'avoir pas assez de cinq et six portions.

Dans ces conditions, l'état général devient de plus en plus satisfaisant; le teint des malades se colore légèrement, le poids du corps augmente, le chiffre de l'urée monte à 35 et 40 grammes, et le nombre des globules est accru.

Est-ce la guérison? Nullement. Les malades ont fait seulement un pas, un grand pas vers cette guérison, mais ils en sont encore éloignés, car, si le chiffre des globules sanguins

est plus considérable, les altérations pathologiques de ces globules sont restées les mêmes qu'avant les inhalations, c'est-à-dire qu'ils sont petits et pauvres en hémoglobine. Les malades, suivant la remarque de M. Hayem, *continuent de former des globules pathologiques.*

C'est alors qu'intervient avec avantage la médication ferrugineuse. Sous son influence, on voit, en quelques jours, les hématies reprendre leurs qualités physiologiques. Le fer a donc la propriété de stimuler les organes hématopoïétiques et de réparer les globules affectés. (*Journ. de thér.*)

CHORÉE. Sur cinq cas observés à la Charité de Lyon, par le docteur P. Meynet, trois étaient d'origine rhumatismale évidente par un bruit de souffle systolique à la pointe du cœur. Dans l'un de ces cas, des plus graves, l'enfant n'avait de repos ni jour ni nuit. Des eschares se montrèrent au sacrum et aux reins avec plaie contuse à la tête, aux coudes, aux épaules, et un vaste phlegmon au creux du jarret droit, qui a nécessité des ouvertures multiples, l'emploi d'un drain et des injections phéniquées. La peau était décollée dans un espace de 20 centimètres en arrière du genou. Néanmoins ce petit malade a guéri. (*Lyon méd.*, n° 31.)

Strychnine et phosphore. Admettant que la chorée résulte, dans les cas anciens, invétérés, de la parésie des vaso-moteurs produisant la congestion de la moelle, l'extravasation et même la sclérose qu'il a constatées, Dickinson recommande l'usage de cinq gouttes de teinture éthérée de phosphore et trois de teinture de noix vomique. Après l'échec de tous les autres moyens, dans un cas extrêmement grave, il a vu réussir celui-ci, qui amena une guérison complète en quatorze jours. (*Dublin journ. of med. sciences.*)

Injections hypodermiques de liqueur de Fowler. Au lieu de la voie stomacale pour l'emploi de l'arsenic, qui détermine des troubles gastriques assez fréquents, M. Perroud, chargé du cours des maladies des enfants à la Faculté de Lyon, emploie de préférence la voie hypodermique chez ses petits malades depuis 1875. 33 filles de 4 ans et demi à 14 ans et demi, atteintes de chorées récentes ou anciennes et récidivées, à forme paralytique et cérébrale, ont ainsi donné 26

guérisons, savoir : 16 chorées simples et récentes traitées exclusivement par l'arsenic ont guéri en 32 jours en moyenne avec 18 injections environ. 13 autres cas plus graves, anciens ou récidivés, soumis préalablement à beaucoup d'autres traitements, ont donné 10 guérisons après un temps un peu plus long.

Cette méthode est des plus simples. 4 à 5 gouttes de la liqueur pure sont injectées tous les jours ou à un ou deux jours d'intervalle, suivant la tolérance, au niveau des muscles convulsés, en choisissant toujours de préférence la région à tissu cellulaire serré et privée de filets nerveux. En général, les enfants acceptent facilement ces piqûres, et il n'en résulte aucune irritation locale. Ce n'est qu'après la saturation de l'organisme que de petites indurations se manifestent. Mais il y a des idiosyncrasies rebelles à l'arsenic et quelques cas rares d'intolérance. La règle est une amélioration rapide, qui ne saurait être attribuée à l'acupuncture, car l'emploi de l'eau simple ne la produit pas. L'engraissement se manifeste simultanément; le poids du corps augmente, et les matières solides des urines diminuent notablement.

Cette méthode a donc l'avantage de produire une guérison rapide, surtout dans les chorées récentes et simples, par des doses d'arsenic beaucoup moindres que par l'estomac. (H. Garin, thèse inaugurale, Lyon, 1879.)

Chorée des vieillards. Elle existait seulement depuis une douzaine d'années chez deux vieillards de soixante-dix à soixante-douze ans, observés par M. Charcot à la Salpêtrière. Elle débute donc dans l'âge avancé comme dans l'enfance, avec cette différence qu'elle est aussi fréquente à cette époque qu'elle est rare dans la vieillesse. Trois exemples en sont seulement relatés : chez une femme de quatre-vingt-trois ans (*Roger*), un homme de cinquante-neuf ans (*G. Sée*), et un autre de soixante-dix (*Graves*). Il ne faut donc pas la confondre avec le tremblement sénile.

Comme chez l'enfant, elle paraît de nature émotionnelle chez le vieillard, mais sans relation avec le rhumatisme. Elle n'est pas modifiée dans sa forme; mais les mouvements convulsifs, les grimaces sont plus lentes dans l'âge avancé. Elle est alors essentiellement chronique, et son pronostic est ainsi moins grave, car elle ne menace pas

l'existence; mais aussi elle est absolument incurable. (*Progrès méd.*)

CŒUR. *Rupture de l'oreillette droite.* Un cavalier, étant *tombé* sous son cheval, fut relevé mort instantanément sans aucune blessure extérieure. L'autopsie montra seulement la rupture de l'oreillette droite du cœur. La rareté de cet accident, par compression ou choc sans ouverture du thorax et une intégrité parfaite de toutes les autres parties de l'organe central de la circulation, rend ce fait de mort subite extrêmement curieux. (*Boston med. journal*, janvier.)

Hypertrophie concentrique. C'est une apparence trompeuse le plus souvent dans les autopsies, selon M. Perroud. Si dans ces cœurs à cavité très petite, presque effacée, avec de fortes parois, on introduit de l'eau et que l'on malaxe, on en modifie rapidement la forme et les dimensions. Des pressions bien ménagées et répétées modifient assez l'état de la fibre musculaire pour rendre aux ventricules une dimension normale et amincir leur paroi, qui cède et qui s'allonge, en même temps que sa fermeté diminue. Cet état particulier de la fibre musculaire semble donc en effet de la rigidité cadavérique. L'hypertrophie concentrique réelle n'est ainsi admissible qu'après l'insuccès de cette manœuvre pour la dissiper. (*Soc. de méd. de Lyon.*, avril.)

Adhérence du péricarde au cœur. Les signes de cette lésion sont très obscurs, comme tous ses similaires : adhérences de la plèvre, du péritoine, etc. Un symptôme nouveau est indiqué par le docteur Riess : c'est une résonnance métallique des bruits du cœur et même des souffles dans le cas de lésions valvulaires, dans la région de l'estomac. Il l'a trouvé nettement accusé dans trois cas de symphyse cardiaque, à l'hôpital général de Berlin, et, dans l'un d'eux, une adhérence générale du péricarde fut constatée à l'autopsie. Elle n'était qu'une supposition chez les deux autres malades, encore vivants. Mais les lésions valvulaires, dans ces deux cas, faisaient entendre les souffles cardiaques avec une résonnance remarquable à travers l'estomac, surtout pour le premier bruit et le souffle systolique. (*Berliner Klin. Wochenschr.*)

Signe pathognomonique de la persistance du trou de Botal. Lorsque la cyanose, qui en est un signe fréquent, n'existe pas, comment reconnaître et constater cette malformation? Par un bruissement particulier qui en serait le signe pathognomonique, selon M. H. Roger. C'est un souffle cardiaque très intense et étendu, unique, commençant à la systole et se prolongeant de manière à couvrir entièrement le tic-tac naturel. Son maximum n'est ni à la pointe ni à la base, ni à droite ni à gauche, mais au tiers supérieur de la région précordiale, médian, comme la cloison elle-même, et diminue d'intensité à mesure qu'on s'éloigne de ce point central, sans propagation dans les vaisseaux.

C'est après l'avoir rencontré à l'auscultation de beaucoup d'enfants sans cyanose, ni maladie, ni lésions valvulaires, sans pouvoir s'en rendre compte, qu'en faisant l'autopsie en 1863, à l'hôpital des Enfants, d'un garçon de treize ans qui le présentait depuis sa naissance, M. Roger découvrit la persistance du trou de Botal. Telle fùt l'explication de l'énigme. On pourra donc en faire à l'avenir le diagnostic différentiel avec les autres phénomènes stéthoscopiques. La fixité du phénomène acoustique, son immutabilité, malgré les mois et les années qui passent; la coïncidence d'un frémissement cataire intense, sans autres signes physiques; l'absence de troubles fonctionnels marqués et progressifs, en dépit de la persistance indéfinie de la cardiopathie, telles seront les données diagnostiques à l'aide desquelles on pourra distinguer l'anomalie cardiaque de la maladie.

Ce diagnostic n'est pas indifférent, car le pronostic de cette malformation est moins grave que celui de l'endocardite. Si elle ne guérit pas, elle permet de vivre. Les six enfants où ce bruissement existait se sont élevés, comme les autres, pendant une durée de six, douze et quinze ans; un seul est mort prématurément. Une dame, mère de famille, le présentait encore à l'âge de cinquante ans après l'avoir offert toute sa vie. Ce n'est donc pas là un signe bien grave. (*Acad. de méd.*, octobre.)

Inhalations chloroformiques. La doctrine généralement répandue et accréditée que les maladies du cœur sont une contre-indication formelle à l'emploi de l'anesthésie chloroformique dans les opérations, a fait admettre tacitement et

comme une conséquence logique le danger d'employer le chloroforme dans les affections cardiaques. De là sa proscription, bien qu'il convienne de distinguer, même pour l'anesthésie, la nature et le degré de ces affections. Il y a *loin* de la dégénérescence graisseuse, athéromateuse, l'asystolie par exemple, qui en sont des contre-indications formelles, avec les altérations localisées des orifices ventriculaires. Il peut être utile ainsi dans certains cas d'insuffisance et de rétrécissement, surtout contre la dyspnée en résultant, au même titre sans doute que les injections hypodermiques de morphine réussissent merveilleusement contre ce symptôme. (Voy. *année* 1878.)

Le chloroforme, versé par cuillerées à café sur un mouchoir et inhalé lentement et à l'air libre, est un sédatif puissant et efficace contre les accès de douleurs thoraciques avec dyspnée et palpitations qui se montrent, souvent sous forme d'angine de poitrine, dans les affections cardio-aortiques. Chez un homme atteint d'hypertrophie cardiaque avec aortite chronique et angine de poitrine, dont les accès de dyspnée, d'angoisse et de douleur avaient résisté aux purgatifs drastiques, le régime lacté, la digitale, l'aconit, la vératrine, ces inhalations, prescrites par le docteur Vergely, amenèrent du calme, du repos et du sommeil. 200 grammes de chloroforme ont pu être ainsi employés par jour sans causer d'accidents.

Deux autres observations analogues témoignent des bons effets que l'on peut obtenir de ces inhalations, soit seules, soit associées aux injections morphinées, si l'odeur du chloroforme incommode. (*Soc. méd. des hôp.*, janvier.)

Leçons cliniques sur les maladies du cœur et les ectocardies, par le docteur Da Costa Alvarenga, professeur à l'Ecole de médecine de Lisbonne (traduit du portugais par le docteur Bertherand). Paris et Lisbonne, 1878. Un volume in-8° de 361 pages.

Il n'y a que du bien à dire de ces leçons, et ce n'est pas nous, qui avons traduit la première production de l'auteur à ce sujet en 1856, qui pourrions en penser mal. En poursuivant constamment ses recherches sur cet organe central de la circulation, l'auteur en a scruté toutes les lois, les secrets et les lésions, et c'est le résumé de ses travaux qu'il

expose ici, avec cette précision mathématique qui lui est particulière. Il y revient toujours avec plus de soin et d'ardeur, et sera vraiment le Bouillaud portugais. Il revient et insiste spécialement ici sur la valeur séméiologique du retard du pouls et du double souffle dans l'insuffisance aortique, sur la double vibration des artères par la compression simple et combinée faite au-dessus et au-dessous. Les huit dernières leçons sont consacrées aux ectocardies ou changements de position du cœur.

Si le fond est excellent, la forme laisse à désirer beaucoup. Une traduction trop littérale fait souvent injure à la langue française et même à l'orthographe. Les phrases et les mots rappellent trop l'origine portugaise; la couleur locale y est exagérée. Et, si j'ajoute que les titres des pages n'indiquent pas même les sujets et que la table reproduit confusément le sommaire placé en tête de chaque leçon, on verra que c'est un livre bâclé, sur mauvais papier, ou trop fin ou trop gros. On ne peut y découvrir le sujet cherché qu'avec peine et perte de temps. Il ne fait pas honneur ni au traducteur ni à la Librairie portugaise.

The bearings of chronic diseases of the heart upon pregnancy, parturition and childbed (Action des maladies du cœur sur la grossesse, l'accouchement et ses suites), par le docteur Macdonald. Londres, Churchill. 1878.

COLLYRES. Spéciale à l'œil, cette forme médicamenteuse équivaut aux injections hypodermiques ou interstitielles. Une solution aqueuse de médicaments actifs, énergiques, en est la base ordinaire, et une absorption rapide, instantanée, l'effet commun. De là la nécessité d'en préciser rigoureusement les indications.

L'analogie, la ressemblance d'action de certains alcaloïdes sur l'œil les fait ainsi employer trop indistinctement. L'ésérine, l'atropine et la duboisine sont opposées presque indifféremment aux mêmes affections oculaires, alors que leur action est toute différente dans le traitement des affections de la cornée. Voici, d'après M. Wecker, les propriétés des deux premiers alcaloïdes mis en parallèle :

Eserine.	Atropine.
Abaisse la pression oculaire.	Augmente la pression intra-oculaire par dilatation vasculaire pouvant aller, dans certains cas, jusqu'à produire des phénomènes glaucomateux.
Diminue la sécrétion conjonctivale par contraction des vaisseaux.	Augmente la sécrétion de la conjonctive.
Réduit la diapédèse en général.	Refoule l'iris vers l'encoignure de la chambre antérieure et favorise ainsi, dans les cas de perforation, la stase des liquides destinés à filtrer au dehors.

L'atropine est donc à rejeter dans tous les cas de lésions cornéennes. M. Galezowski a été témoin de graves accidents toxiques produits par l'instillation de collyres à l'atropine, surtout chez les opérés de cataracte et d'iridectomie, car les plaies ou certaines altérations de l'œil en favorisent l'absorption. De là les symptômes caractéristiques de l'atropisme : sécheresse de la gorge, vomissements parfois incoercibles, délire, convulsions épileptiformes chez les enfants, tendance à la syncope, accélération du pouls, élévation de la température, éruptions scarlatiniformes. La mort en est même résulté dans un cas. Il a remarqué aussi qu'elle provoquait les accidents glaucomateux. Sa contre-indication est donc formelle dans le glaucome. Une solution au 1000e a même causé des accidents chez des enfants qui supportent très bien, en général, les préparations de belladone. Des onctions autour de l'œil avec l'extrait de cette plante, comme on le faisait autrefois, seraient donc préférables. (*Soc. de biol.*, novembre 1878.)

Le professeur Williams, de Boston, emploie ainsi le sulfate d'éserine contre les ulcères, les éruptions phlycténulaires et herpétiques de la cornée, les ulcérations traumatiques, blennorrhagiques des vieillards et des malades affaiblis. Il

diminue la photophobie et la douleur sus-orbitaire. Il est aussi utile contre les paralysies essentielles et consécutives aux fièvres graves.

On instille dans l'œil une goutte d'une solution de 12 centigrammes de sulfate d'éserine pour 30 grammes d'eau, au moment où la photophobie est au maximum, et, quinze minutes après, la pupille est énergiquement contractée. Cet effet se maintient huit heures. Pour lubrifier les surfaces enflammées, une solution de 50 à 60 centigrammes de borax dans 30 grammes d'eau est d'une grande efficacité.

Le chlorhydrate de pilocarpine peut être substitué à l'ésérine, car il irrite moins la conjonctive. (*Boston med. and surg. journ.*, mars.)

Il faut donc éviter les instillations trop fréquentes du collyre à l'atropine dans l'œil atteint de traumatisme accidentel ou chirurgical. Mais on ne saurait en négliger l'emploi contre les complications inflammatoires, les ophthalmies profondes, l'iritis surtout. L'atropine reprend là tous ses droits, et ses bienfaits ici compensent plus que ses inconvénients.

Pour les prévenir ou les atténuer, M. Galezowski propose de la remplacer par la *duboisine*, qui est un mydriatique encore plus puissant que l'atropine. On ne peut la substituer à celle-ci que si elle provoque des inflammations conjonctivales intenses, sinon la remplacer par l'extrait de belladone. (*Bull. de thérap.*, 1878.)

Le sulfate neutre d'atropine en collyre a un autre danger par son usage prolongé et son absorption par les voies lacrymales, sinon par la cornée : c'est celui de l'empoisonnement. Le docteur Lutaud en a observé un nouveau cas très grave chez un pharmacien. Les vieillards sont particulièrement exposés à cet accident. D'autres sujets ont une intolérance telle pour cet alcaloïde, qu'une seule goutte suffit à provoquer des douleurs intolérables, un commencement d'intoxication, surtout après l'iridectomie et l'opération de la cataracte. Une douzaine d'observations, dont une suivie de mort, ont ainsi été réunies à cette occasion, malgré les précautions de l'employer à faible dose, de l'instiller avec soin et à intervalles éloignés.

La dilatation immédiate de la pupille avec hallucinations, délire, sécheresse de la gorge, pouls petit et fréquent, en

sont les principaux symptômes, comme avec la belladone. Les plus sûrs et meilleurs antidotes sont une injection hypodermique de morphine et l'usage du café. Les symptômes effrayants du début cessent aussi subitement qu'ils avaient commencé. (*Soc. de méd. de Paris*, novembre 1878, et *Union méd.*, nº 35.)

Les instillations et les lotions oculaires contenant de l'atropine, pouvant pénétrer dans les points lacrymaux, dans le pharynx et le tube digestif, ne doivent donc être employées que sur une indication très précise, avec réserve et précaution. La dose de 2 à 3 centigrammes de sulfate neutre par 10 grammes d'eau ne doit pas être dépassée. Le médecin doit les faire lui-même avec un compte-gouttes, pour plus de sécurité quand elles sont indispensables, soit dans l'angle externe de l'œil, soit en pressant sur les points lacrymaux pour en oblitérer momentanément les conduits. Il faut préférer les autres alcaloïdes : l'hyosciamine, la duboisine, la pilocarpine, la gelsémine, quand l'atropine n'est pas absolument indiquée.

Irrigations oculaires. L'absorption des collyres est souvent entravée, retardée par les modifications organiques et vitales de la cornée ou de la conjonctive, et les liquides anormaux sécrétés dans ce cas et qui baignent la surface de l'œil. Une irrigation préalable est un adjuvant précieux des collyres, selon le docteur Courserant, en enlevant toutes les sécrétions morbides qui peuvent non seulement retarder l'absorption, mais l'empêcher, en décomposant aussitôt la substance médicamenteuse. Elles en assurent donc l'action et diminuent même la douleur plus aiguë provoquée par l'altération, la décomposition immédiate du médicament. La douleur d'une cautérisation sèche ou liquide est aussi diminuée par une irrigation consécutive.

On les pratique de la manière suivante. La tête renversée et les paupières retournées, on dirige, dans tous les replis surtout, un filet d'eau tiède aromatisée, soit avec une seringue, un arrosoir d'appartement ou un simple tube donnant une veine liquide de la grosseur d'une plume de corbeau. Une cuvette sert à recevoir le liquide, et l'on enlève ainsi les débris d'épithélium et les liquides sécrétés par une muqueuse malade. Après cette petite manœuvre, on peut

verser le collyre choisi sans que le principe actif soit décomposé, et la douleur en est presque nulle. Le contact et l'absorption peuvent être prolongés à volonté ou arrêtés par une irrigation d'eau, et l'œil malade subit ainsi avec succès cette hydrothérapie oculaire.

Toutes les formes de conjonctivite et de catarrhe sont heureusement amendées par cette méthode, ainsi que la kératite granuleuse. La conjonctivite sèche des hommes de cabinet, des graveurs dessinateurs, qui résiste souvent à des collyres actifs, est toujours heureusement modifiée par cette simple irrigation oculaire. La conjonctivite causée par les larmes et le catarrhe du sac en sont également modifiés.

Cette douche locale agit de trois manières : par la température de l'eau, le volume de la veine liquide et ses effets mécaniques sur les vaisseaux et les tissus suivant la hauteur et la force du jet. (*Soc. de chir.*)

CONCOURS. La nomination directe des nouveaux professeurs aux chaires de la Faculté de médecine de Paris, vacantes par la mort de leurs célèbres titulaires : Tardieu, Chauffard, Gubler, a excité avec plus d'ardeur que jamais dans la presse les justes revendications de l'opinion médicale en faveur du rétablissement de ce mode d'élection. La permutation du professeur d'histoire de la médecine, M. Parrot, à la clinique des maladies des nouveau-nés, a surtout montré avec quelle désinvolture on passe à la Faculté d'une chaire toute spéciale à une autre diamétralement opposée et nouvellement créée, c'est-à-dire les abus, les contradictions et les sous entendus que cache le mode actuel. On ne choisit pas l'homme qui convient le mieux à la chaire, c'est-à-dire à l'efficacité, au succès, à la gloire de l'enseignement; mais on offre arbitrairement et conventionnellement celle-ci ou celle-là à l'homme que l'on a choisi ou qui s'impose, en se faisant des concessions et des promesses réciproques. Si les matières de l'enseignement ne sont ni dans les aptitudes, ni dans les travaux du professeur, il s'y appropriera, dit-on. Et, une fois admis, on lui laisse choisir et prendre à son gré celle qui lui convient le mieux lorsqu'elle est vacante. Telle est la plaie du recrutement actuel, qui fait passer un anatomo-pathologiste dans la chaire de l'histoire de la médecine et un expérimentateur exclusif dans celle de thérapeutique.

Les résultats en sont faciles à prévoir : l'enseignement est ainsi modifié, altéré, transformé.

La justification de ce mode arbitraire d'élection, aussi préjudiciable au vrai mérite, aux élèves, qu'aux progrès de l'enseignement, c'est que les nouveaux professeurs étant pris dans le corps des agrégés, qui ont tous uniformément subi les épreuves du coucours public, celui-ci est toujours la base du mérite et de la valeur des élus. Vain et spécieux subterfuge, car les épreuves de l'agrégation s'étendent aux connaissances générales d'une classe entière des sciences médicales et non à celles d'une chaire spéciale. On ne prendra jamais un botaniste pour enseigner la chimie ni la physique, quoique élu dans la section des sciences naturelles, et c'est cette confusion qui se fait tous les jours dans la section des sciences médicales. Un physiologiste est placé dans la chaire de thérapeutique; on confie l'histoire à un anatomiste, sauf à adjuger la clinique à l'un et à l'autre, quand elle se trouvera à leur convenance. Et ces choix ne reposent que sur un concours remontant à dix, quinze ou vingt ans, sans travaux ni aptitudes spéciales pour les légitimer.

Les causes de cet arbitraire, de ce désordre, sont évidemment dans le mode d'élection, et l'absence de responsabilité directe, immédiate, en résultant pour ceux qui y contribuent. Le ministre demande une liste de présentation, et il est naturel que tous ceux qui la font choisissent parmi les candidats le parent, l'ami, le protégé ou le protégé de ses parents, de ses amis, dès qu'il remplit les conditions voulues : l'agrégation, et, comme le vote est libre et secret, chacun peut voter à son gré, avec d'autant moins de responsabilité que le corps dont il fait partie n'est pas autonome, et qu'individuellement personne n'est intéressé à ce que le choix réponde du succès. Il n'est intéressé qu'à son intérêt dans cette question. Le gouvernement seul est responsable de tout. C'est lui qui nomme, et cependant il s'en remet à d'autres pour le faire et en assumer ainsi indirectement la responsabilité. Tout le monde la partage anonymement, et personne ne la supporte ni ne l'accepte effectivement. Tel est le secret du choix, non des plus capables pour remplir la chaire vacante, mais de ceux qu'il s'agit de faire arriver vaille que vaille, comme étant le mieux dans l'esprit et les

vues des membres de la Faculté; tous les autres sont impitoyablement éliminés de son sein.

Quelle différence avec le concours public! Ici, tous sont admis à faire librement preuve de leur capacité pour la chaire à remplir; la supériorité éclate; les juges ont à prendre ensemble et séparément une part de la responsabilité qui leur revient dans leur vote. Le ministre ou le gouvernement, qui ne peut en connaître, ne fait que sanctionner leur décision. Toutes les garanties sont ainsi offertes pour que la justice et le bien public aient satisfaction, surtout si l'on a égard aux services, aux titres et aux travaux antérieurs. Cette manifestation publique n'est donc pas seulement réclamée dans l'intérêt de la morale publique, mais dans celui du crédit des professeurs et des Facultés. Il n'y a rien d'injuste à soumettre les agrégés à un concours nouveau, en tenant compte de leurs droits acquis, le précédent ne les désignant pas pour une chaire spéciale et ne révélant pas leurs aptitudes professorales. Il y a toujours place, entre la jeunesse et l'âge mûr, à la formation d'un esprit, d'un homme nouveau.

Le rétablissement du concours est donc indispensable pour rendre à la Faculté de médecine le lustre qu'elle a perdu, car lui seul engendre et stimule l'émulation. Il grandit les hommes qui arrivent et distingue même ceux qui n'arrivent pas. Il élève le niveau du travail et récompense partout le vrai mérite en stérilisant les voies tortueuses et les moyens détournés de la fortune, de la naissance, du favoritisme et du népotisme. Si l'Empire autoritaire ne pouvait l'octroyer, une République démocratique ne saurait s'en passer. Elle devrait déjà l'avoir à la base de toutes ses institutions, car, en contribuant au progrès de tous et à l'avènement des plus dignes, elle affermirait sa propre stabilité. — Voy. ENSEIGNEMENT, EXERCICE.

Concours d'agrégation. Malgré les résultats décevants d'une première épreuve de la concentration de ces concours à Paris en 1878, imaginée par l'esprit illibéral et centralisateur de Chauffard, le gouvernement républicain a voulu en tenter une seconde. M. J. Ferry s'est fait l'imitateur du ministre Cumont. Quelle copie ridicule! Il a arrêté qu'un concours pour trente-huit places d'agrégés en méde-

cine dans les différentes Facultés de l'État aurait lieu à Paris, du 20 décembre 1879 au 1er juin 1880, pour être réparties comme suit :

Paris.........	10	Lyon........	10
Bordeaux.....	6	Montpellier..	7
Nancy........	3	Lille........	2

On commencera par la section de pathologie interne et la médecine légale, comprenant treize places. La chirurgie et les accouchements, en comprenant onze, viendront ensuite. L'anatomie, la physiologie et les sciences naturelles, en ayant le même nombre, ne viendront qu'en dernier lieu.

En s'inscrivant d'abord pour l'une des places dans une Faculté désignée, les candidats auront ensuite le droit de concourir pour les autres à leur choix; c'est l'innovation libérale de ce concours. Puisse-t-il amener une plus grande concurrence qu'au premier !

CONTAGION. *Isolement.* La récente explosion de variole survenue à Paris a fait renaître la question d'isolement dans les hôpitaux. Il y a bien des services d'isolement attachés au flanc de quelques hôpitaux généraux, a dit M. Besnier dans son rapport sur les maladies régnantes, mais il faudrait des hôpitaux d'isolement, et l'on n'a tenu aucun compte de la nécessité absolue d'avoir un petit lazaret à l'entrée de chaque hôpital, soit pour suffire immédiatement et à toute heure à ses propres besoins d'isolement, soit pour donner asile aux malades atteints d'affections contagieuses, apportés au milieu de la nuit, à quelque heure que ce soit, ou dans une situation assez grave par elle-même pour ne pas permettre un nouveau transport. Un grand hôpital qui ne possède pas un pavillon d'isolement, à chambres séparées, avec service spécial pour faire sa quarantaine propre ou satisfaire aux exigences du dehors, est un hôpital imparfait, incomplet, peu digne de notre époque. Ne sera-ce pas prochainement une humiliation de savoir qu'à la fin du XIXe siècle, dans une ville qui se considère comme la capitale du monde civilisé, on introduisait encore, dans les salles communes, les malades atteints de diphthérie, de rougeole, de scarlatine ? Et combien faudra-t-il encore

d'années pour faire comprendre que c'est un acte blâmable, pour ne pas dire autrement, d'introduire, dans les salles communes des hôpitaux, des malades atteints d'affections contagieuses, transmissibles par simple voisinage? L'isolement des malades atteints d'affections contagieuses, sans exception, est un principe absolu d'hygiène et de morale publiques; le temps est venu de lui donner satisfaction pleine et entière.

Voici les mesures proposées pour y remédier :

1° Création dans tous les hôpitaux d'un *pavillon d'isolement temporaire* destiné à donner asile *immédiat* et *d'urgence*, soit aux sujets atteints d'affections contagieuses qui sont apportés à l'hôpital dans une situation trop grave pour être immédiatement transférés dans les services d'isolement, soit aux malades amenés du dehors, dont l'affection reste douteuse à un examen rapide, et qui doivent être l'objet d'une enquête plus approfondie, ou plus prolongée, avant d'être introduits dans un convoi de varioleux ou dans un service d'isolement;

2° *Organisation* et *réglementation* du *service de transport* des malades atteints d'affections contagieuses; mesure de police à l'égard des voitures dans lesquelles sont apportés à l'hôpital les sujets varioleux; mesures restrictives apportées à la libre sortie des convalescents, qui, dans l'état actuel, s'en vont librement semer dans la ville les germes varioleux;

3° Création d'un *Institut vaccinal public* dans lequel on pourrait présenter, *chaque jour*, les sujets à vacciner, ou trouver, sans délai ni difficulté, du vaccin efficace disponible. (*Soc. méd. des hôp.*, avril.)

CONTRACTURE MUSCULAIRE. Des expériences et des observations ont permis à MM. Brissaud et Ch. Richet de constater que la pression ou la forte contraction d'un muscle, chez les hystéro-épileptiques, en provoque la contracture plus ou moins facile et durable suivant l'intensité du mal. Elle se produit le plus facilement sur le triceps brachial, puis sur le biceps, les fléchisseurs et les extenseurs des doigts, le deltoïde, le sterno-mastoïdien, les muscles de l'éminence thénar, l'orbiculaire des paupières, les péroniers, le soléaire et probablement sur tous les autres. Cette

contracture va en diminuant avec la fréquence des accès.

Les explorations précises par l'électricité ont montré que le muscle ainsi contracturé ou catalepsié est encore capable de donner des secousses musculaires. L'excitation du muscle antagoniste de celui qui est contracturé a suffi pour en faire cesser la contracture, comme M. Charcot l'avait déjà montré; mais on l'a fait cesser de même en excitant, en frottant le tendon du muscle contracturé. D'où l'antagonisme apparent entre le muscle et son tendon.

Une expérience très simple prouve que cette contracture musculaire résulte de l'excitation des nerfs centripètes du muscle, provoquée par sa tension ou sa contraction. Anémiez complètement un membre en appliquant méthodiquement la bande de caoutchouc, et, en vingt à trente minutes, les muscles étant privés de sang et ne pouvant plus se mouvoir par la volonté, l'excitabilité électrique aura bientôt disparu. Si l'on anémie de même un bras contracturé, cette contracture disparaît complètement en cinq ou six minutes, bien que les mouvements volontaires persistent, ainsi que l'excitabilité électrique. Celle de l'excitabilité à la contracture seule disparaît par l'anémie, et la preuve que l'anémie en est bien la cause, c'est que la contracture reparaît avec autant, sinon plus de force, dès que, la bande enlevée, le sang revient dans le muscle. C'est donc bien parce qu'il est privé de sang que le muscle, quoique excité par le nerf et la moelle, ne peut plus se contracturer. De là le nom de *contractures myo-réflexes*.

Chez certains individus, la moindre contraction provoque la contracture musculaire sous forme de catalepsie. Un garçon de vingt-deux ans, ni hystérique, ni épileptique, provoquait ainsi une crampe en tendant et en contractant fortement ses muscles. En offrant le même appareil symptomatique que les contractures organiques de l'hémiplégie, ces contractures myo-réflexes ont donc pour origine une excitabilité exagérée de certaines régions motrices de la moelle. De là leurs étroits rapports avec le tonus normal, la catalepsie, la crampe vulgaire, qui n'en sont que des formes amoindries. (*Acad. des sciences*, septembre.)

Ne convient-il pas de ranger, sous ce titre, le nouveau syndrome signalé par M. Bernhardt? C'est une raideur spéciale du système musculaire, coïncidant avec son hyper-

trophie et qui en empêche le fonctionnement. A chaque tentative de mouvements pour se lever, marcher, étendre le bras, surtout d'une certaine étendue, l'individu éprouve une résistance particulière. L'organe n'obéit pas, se raidit, et le mouvement est incorrect. C'est donc une espèce de contracture d'où résultent des chutes sur le sol. Tout rentre dans l'état normal dès que la volonté a pris le dessus, et, après deux ou trois pas, la marche devient facile et la course de même.

Raideur et hypertrophie musculaires sont donc les deux seuls symptômes de ce phénomène. Ni faiblesse, ni douleurs, ni fourmillements du système nerveux; pas d'incoordination des mouvements ni de troubles sensoriels. Un morceau de biceps enlevé à l'un de ces malades et examiné par Ponfick a été trouvé parfaitement normal. (*Virchow Archiv*, t. LXXV.)

COQUELUCHE. *Hémorrhagies.* Elles ne sont pas aussi dangereuses qu'elles le paraissent souvent, selon M. H. Roger, car l'épistaxis résultant des secousses convulsives de la toux n'est dangereuse que par son abondance et sa répétition.

Les ecchymoses sous-conjonctivales et palpébrales sont plutôt un bon signe du diagnostic différentiel avec la bronchite commune.

L'otorrhagie, le purpura et certaines hémorrhagies viscérales ne sont dangereuses qu'en se liant à une altération du sang.

Les *hémorrhagies buccales*, vomissement ou crachement de sang, ou du moins ce qui est pris comme hématémèse ou hémoptysie, ne sont, dans la presque totalité des cas, que du sang fourni par les fosses nasales ou le pharynx, par la bouche ou les gencives, ordinairement congestionnées, gonflées, fongueuses et saignantes, sinon érodées, ulcérées. Une solution de continuité de la muqueuse nasale, pharyngée, de la bouche, de la langue, des gencives ou des lèvres et donnant du sang pendant la quinte et par ce fait seul, est donc le point de départ le plus fréquent de ces hémorrhagies buccales ou plutôt de cette mousse sanguinolente, ce ptyalisme sanglant que les petits malades rendent dans les secousses de la toux.

Si l'hémoptysie vraie est possible, elle est du moins très

exceptionnelle, et encore plus l'hématémèse. Telle est l'opinion de M. Roger, contraire à celle de Trousseau. Les enfants ne sont guère sujets au crachement de sang, qui marque presque toujours le commencement de la phthisie, qu'après la dixième année. Celle de la première enfance en est presque toujours exempte. Quant à l'hématémèse, elle ne se rencontre guère que dans le purpura chez l'enfant.

Ce ne sont donc pas là des complications ordinaires de la coqueluche. On s'en convaincra, quand l'enfant rend du sang par la bouche, en inspectant avec soin cette cavité et le nez pour en trouver l'origine, et le médecin pourra rassurer la mère et la famille effrayée en se rassurant luimême. (*Acad. de méd.*, 16 septembre.)

CROUP. *Sulfate de zinc.* Une nouvelle panacée, comme le perchlorure de fer, le copahu, le cubèbe et tant d'autres, a été présentée à la Société de médecine de Vienne, le 14 février dernier, par le docteur Fukala. C'est l'emploi du sulfate de zinc en solution aqueuse, 5 grammes de sel pour 200 grammes d'eau, dont on badigeonne l'intérieur du larynx avec un pinceau. Cinq à dix applications consécutives sont nécessaires. En cas de refus absolu de l'enfant malade, — ce qui est le plus souvent le cas, — le liquide est introduit avec une seringue pharyngienne dont l'extrémité renflée est percée en pomme d'arrosoir. On fait boire immédiatement du lait pour neutraliser les effets toxiques du sel de zinc sur l'estomac.

Suivant l'auteur, le sulfate de zinc, en coagulant l'albumine dissoute, détermine rapidement la rétraction de l'exsudat laryngé. Il invoque à l'appui un tableau de soixante-douze cas de prétendu croup traités de cette manière, en trois années consécutives, dont six seulement suivis de mort. Soixante-deux enfants ont guéri sans opération. Et comme deux de ces malades avaient été vus par l'auteur à titre seulement de consultant, et que dix au moins des autres avaient été vus par des cliniciens habiles, il en conclut que c'étaient bien des cas de croup, pour montrer la valeur de son spécifique. Rapporter quelques observations en détail, signaler les symptômes caractéristiques du croup, ou, mieux encore, faire appliquer ce prétendu spécifique dans une salle d'hôpital,

sous les yeux du chef de service, eût été plus convaincant. (*Allg. Wiener med. Zeitung.*)

CYSTITE. Si l'inflammation de la muqueuse vésicale favorise son absorption, comme Alling l'a démontré (voy. *année* 1869), par la destruction même de son épithélium, cette destruction favorise aussi l'absorption ou plutôt la résorption des éléments toxiques de l'urine, l'urée en particulier. C'est ce que MM. Cazeneuve et Livon ont démontré par de nouvelles expériences sur les chiens. La rétention de l'urine est donc à redouter dans ce cas, surtout si elle est ammoniacale. La prompte guérison de cette muqueuse vésicale est ainsi importante pour la reconstitution de l'épithélium, qui forme la barrière à l'absorption des produits toxiques éliminés par l'urine dans l'état normal. Tout médicament actif dont l'élimination se fait surtout par l'urine doit aussi être réservé pendant la cystite, pour ne pas s'exposer à le voir absorbé et déterminer des accidents généraux d'intoxication. (*Revue mens.*, janvier.)

Régime lacté. L'usage exclusif du lait réussit à rendre l'urine parfaitement claire, dans un cas de cystite chronique, chez un malade du docteur Teevan. Il admet donc son emploi en pareil cas, aussi bien que dans la cystite consécutive à la lithotritie. L'influence du lait sur la sécrétion urinaire justifie ce traitement. (*Lancet*, décembre 1878.)

Etude sur la cystite tuberculeuse; thèse inaugurale, par le docteur Guebhard (Paris, 1878). Localisée dans la vessie, l'urèthre, les reins, cette espèce de tuberculose urinaire doit être distinguée de la tuberculose génitale ou génito-urinaire, qui est beaucoup plus commune. L'auteur en distingue deux variétés principales : primitive et secondaire, épiphénomène de la tuberculose pulmonaire ou génitale, dont elle hâte la terminaison fatale. La première au contraire peut rester longtemps localisée à la vessie sans retentir sur l'organisme. Trente-trois observations recueillies dans le service spécial de l'hôpital Necker en démontrent la réalité.

Les symptômes cliniques de cette tuberculose locale, déjà décrits par M. Tapret, sont la douleur sous forme de crises névralgiques terribles, de spasme uréthral et vésical, et

l'hématurie. Sans être pathognomoniques, ces trois symptômes réunis autorisent le diagnostic de cette maladie. Les instillations d'une solution de nitrate d'argent au cinquantième ou au vingt-cinquième, portées directement sur le col, en constituent le meilleur traitement.

Cystite cantharidienne. Au lieu de la poudre de camphre dont on saupoudre les vésicatoires depuis un temps immémorial pour la prévenir, M. Guyot-Dannecy y substitue avec avantage une certaine quantité de carbonate ou de bicarbonate de soude. En mélangeant l'un ou l'autre à parties égales de cantharides en poudre, il en saupoudre l'emplâtre vésicant et l'y fait adhérer. Ces vésicatoires, usités depuis longtemps dans les hôpitaux de Bordeaux, réussissent très bien, sans produire d'accidents du côté de la vessie. (*Bull. de thérap.*, janvier.)

D

DENTS. *Greffe par restitution.* A la suite de périostite chronique du sommet de la racine des dents, donnant lieu ordinairement aux phlegmons, abcès, fistules, dénudations et nécrose du maxillaire, il ne suffit pas d'arracher, d'extraire la dent, cause de tout le mal. La chirurgie dentaire va plus loin, en vertu même du principe conservateur qui préside et régit aujourd'hui la chirurgie. La dent extraite est nettoyée; la portion altérée, nécrosée, est réséquée, les séquestres enlevés au besoin; on en obture les cavités, et on la replace immédiatement. C'est la greffe par restitution, dont un succès a été rapporté par Delabarre en 1820 et par le professeur Alquié en 1858. Depuis 1875, le docteur Magitot en a fait une véritable méthode, en assujettissant la dent au besoin avec une gouttière de gutta-percha, en drainant le foyer et les fistules et l'enlèvement des portions alvéolaires mortifiées. Mais, le plus souvent, les suites de cette réimplantation sont très simples. Si la consolidation s'effectue, une légère réaction locale a lieu, peu ou pas de phénomènes généraux; les fistules se ferment, le foyer se tarit, et la consolidation est ordinairement complète

en huit à quinze jours. Dans le cas contraire, la dent est, dès les premiers jours, éliminée purement et simplement.

Sur 62 opérations faites, 57 ont été suivies de succès, sans que la guérison se soit démentie dans la plupart, depuis deux ans et plus d'observation. Deux sujets ont subi deux opérations pour deux dents différentes. L'âge des sujets n'a paru avoir aucune influence, et toutes les espèces de dents ont pu être réséquées et greffées avec un égal succès. C'est donc là une méthode d'une grande importance pour la conservation de l'état de la bouche, la mastication et la digestion consécutive des aliments. M. David a obtenu 21 succès sur 22 applications de cette méthode. (*Acad. des sc.*, 6 janvier.)

L'exemple suivant est relaté à l'appui par le docteur Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux. Chez une fille lymphatique de onze ans, une petite grosseur apparut dans la gouttière labio-gingivale, au niveau des incisives inférieures médianes. Elle s'abcéda bientôt, et une dureté douloureuse y succéda au-dessous du menton. Trois orifices fistuleux se formèrent, et il en résultait une difformité repoussante par l'induration des tissus dans une étendue de 2 centimètres, avec rougeur et adhérence de la peau.

L'exploration ne décelant aucun os à nu et l'incisive médiane droite étant mobile et douloureuse à la percussion, une périostite chronique est diagnostiquée, quoique la pression ne fasse pas sortir de pus entre la gencive et le collet de la dent. L'extraction de l'incisive est pratiquée avec le davier. Elle paraît très saine; mais l'extrémité de la racine est très aiguë et comme dénudée dans une étendue de 1 millimètre ; 3 millimètres en sont réséqués séance tenante avec une pince incisive, et les angles en sont limés. Elle est aussitôt replacée dans son alvéole, déjà remplie d'un caillot sanguin. Elle est fixée par une lame de gutta-percha ramollie, et, une mèche de coton imbibée d'une forte solution de chlorate de potasse étant placée devant l'alvéole, la bouche est maintenue fermée par une fronde. On nourrit l'enfant avec des potages.

Deux jours après, la suppuration du menton avait déjà diminué; elle était tarie huit jours plus tard, et, en trois semaines, les fistules étaient cicatrisées, l'induration disparue et la dent solidement reprise. C'est donc un succès

qui montre que tout chirurgien peut en obtenir de semblables. (*Union méd.*, n° 64.) Voy. HÉMORRHAGIES.

Greffe par substitution. Un fait encore plus remarquable est relaté par le docteur Pietkiewicz. Une jeune femme de vingt-six ans avait une carie très profonde de l'incisive latérale supérieure droite qui ne permettait plus d'en obturer la cavité. Elle était d'ailleurs tournée sur son axe et venait se placer obliquement entre la canine et l'incisive correspondante de la mâchoire inférieure par leur rapprochement. L'incisive latérale de celle-ci, placée en arrière, projetait la canine en avant et en dehors et se voyait ainsi sous la langue.

L'extraction de ces deux dents fut faite simultanément, et, tandis que l'incisive supérieure cariée fut jetée, l'incisive inférieure, après que le bord libre de sa couronne fut réséqué, ce qui demanda un travail de trois quarts d'heure, put être replacée dans l'alvéole de la première et la remplacer parfaitement avec avantage. Cette substitution fut obtenue à l'aide d'un petit capuchon en caoutchouc, coiffant les molaires à droite et à gauche, et, cinq semaines après, elle était parfaitement immobile, sans indice d'inflammation ni de douleur. (*Acad. des sc.*)

Ce succès montre jusqu'où peut aller la réimplantation des dents, et il n'est pas douteux que, pour les incisives et les canines, il ne soit préférable d'y recourir qu'aux dents artificielles.

Des caries dentaires compliquées, considérées principalement au point de vue de leur traitement. Thèse inaugurale, par le docteur Ludger Cruet, interne des hôpitaux de Paris. 1879.

Sous cet adjectif de *compliquées*, l'auteur entend les caries pénétrantes dont la guérison est possible avec conservation de la dent. A la greffe employée avec succès, mais qui est applicable seulement aux dents à une seule racine et qui exige toujours une opération préalable très douloureuse, l'extraction, l'auteur substitue une méthode plus simple, plus facile et générale : la méthode antiseptique. A ceux qui voudront en connaître les détails à recourir à cet ouvrage de 121 pages in-8°.

Dents syphilitiques. Cette malformation spécifique, signalée par Hutchinson le premier sous le nom de dents de souris, s'observe surtout sur les incisives supérieures et inférieures des petits enfants. Elles sont inégales, plus petites, d'aspect gris jaunâtre, pointues ou ébréchées, et, au lieu d'être plates, elles sont souvent arrondies et toujours espacées les unes des autres, ayant plus ou moins perdu leur forme habituelle par une mue précoce due à la perte de l'émail. Les canines et les molaires sont aussi modifiées dans leur forme et leur texture, mais à un moindre degré.

Le docteur Delestre les a trouvées sans transparence, schisteuses, en écailles d'huître, c'est-à-dire composées de couches lamelleuses, superposées, verdâtres, couches plus épaisses et rapprochées vers le collet, tandis qu'elles sont plus étroites et plus détruites à la pointe. C'est la forme en tournevis de Hutchinson. Elles se détruisent de bonne heure en s'émiettant. Il n'en reste que les racines, dont la surface libre, ramollie, est une source permanente d'irritation.

Outre que ce signe est relativement rare, surtout chez les garçons, il a besoin d'être corroboré par d'autres, ou confirmé par l'aveu, l'état des parents, pour être un signe positif de syphilis héréditaire, car les enfants cachectiques, scrofuleux, ou qui ont eu des maladies locales ou générales, présentent des érosions indélébiles sur les dents. On ne peut ainsi les rattacher à une origine syphilitique positive qu'à l'aide des renseignements.

M. A. Fournier a rencontré des caractères analogues chez l'adulte. Chez une jeune fille qui, enfant, avait eu des accidents secondaires manifestes de syphilis maternelle, M. Archambault observa, après la seconde dentition, un écartement très notable des quatre incisives supérieures, surtout les deux médianes, plus courtes et moins larges que les autres. Une grande échancrure en résulte, limitée par les canines des deux côtés, qui, étant moins longues, donnent à la bouche un aspect disgracieux et vieillot.

Au lieu d'être aplaties, ces incisives sont épaisses et comme arrondies, surtout à leur racine. Elles ressemblent ainsi à des coins. Des cannelures, formées de saillies et de dépressions, dirigées sinueusement de la racine au bord

tranchant, s'observent en avant comme de petites rigoles. Le bord tranchant est en forme de scie irrégulièrement dentelée dont les saillies paraissent la continuation des cannelures. (*Union méd.*, nº 8.)

DERMATOPHONIE. C'est l'auscultation de la peau, dont le professeur Hueter est l'inventeur. Le murmure continu avec redoublement que l'on perçoit en s'introduisant l'extrémité du doigt dans l'oreille en est la base. Attribué aux muscles par Hering, il est produit par le passage du sang dans les capillaires, suivant l'auteur. Le dermatophone appliqué sur la peau du cadavre ne fait rien entendre, pas plus que si la bande d'Esmarch enveloppe un membre. Le froid, en chassant le sang de la peau, fait aussi taire le dermatophone, et les cicatrices dépourvues de vaisseaux sont également muettes. Il ne s'agit donc pas là des vibrations acoustiques du muscle produites par sa contraction brusque, car Senator a constaté les bruits dermatophoniques en auscultant des membres paralysés.

L'instrument, ou dermatophone servant à cet effet, se compose d'un petit tambour rigide que l'on enfonce, en le fixant fortement, dans l'oreille. A l'extrémité opposée est un tube en caoutchouc terminé par une sorte de tambour du même tissu, fermé par une membrane mince, tendue et vibrante, qui renforce les bruits.

On a pu limiter ainsi le niveau de la circulation dans la gangrène des membres, et ce nouvel instrument paraît surtout propre à l'auscultation des os, excellent conducteur des bruits. L'interposition de parties molles dans une fracture ou un corps étranger dans une articulation pourrait ainsi être diagnostiquée. (*Berl. Klin. Woch.*, nºˢ 31 et 32.)

DIABÈTE. Son influence sur le traumatisme se constate tous les jours plus clairement et fréquemment depuis que M. Verneuil en a tenu compte dans le résultat de ses opérations. Le docteur Maunoury, de Chartres, l a observé ainsi dans trois nouveaux cas. A la suite de l'ablation d'une tumeur de la lèvre, un érysipèle gangréneux s'est produit, et l'on reconnut alors que la femme était diabétique. Une amputation tibio-tarsienne ayant été faite d'urgence pour un écrasement du pied chez un diabétique, la mort s'ensuivit

rapidement. Des hémorrhagies graves pendant la grossesse et des accidents mortels de fièvre puerpérale chez une femme diabétique n'ont pu être attribués qu'à cette cause, car aucune femme n'était morte jusqu'alors de suite de couches dans le pays. (*Soc. de chir.*, octobre 1878.)

Glycosurie physiologique. Bien peu d'urines ne renferment pas quelques décigrammes de sucre par litre, dit le docteur Duhomme, qui s'en est assuré par différents procédés. Il est même extrêmement fréquent d'en constater 1, 4 ou 5 grammes par litre pendant plusieurs années, sans augmentation sensible et sans que la santé des personnes qui les fournissent s'en ressente. Il suffit, pour s'en convaincre, d'employer les procédés simples et faciles de recherche qu'il indique, pour se faire une opinion personnelle à cet égard. Voy. URINES.

Cette observation a donc une grande importance clinique, car on est alors en droit de refuser un caractère pathologique à quelques grammes de sucre dans l'urine.

Les recherches de M. G. Pouchet par les injections de pilocarpine ont au contraire démontré l'absence du sucre dans la salive. (*Acad. des sciences*, juillet.)

Coïncidence avec la ladrerie. Un homme de quarante et un ans entra à l'hôpital Lariboisière, service de M. Féréol, rendant par jour 11 litres d'urine, contenant 750 grammes de glycose et 220 grammes d'urée. Il absorbait de 10 à 11 litres de liquide et une quantité de viande, de pain et de légumes correspondant à la ration de quatre à cinq personnes valides. Depuis cinq mois, le poids du corps a baissé ainsi de 80 kil. à 57. Les forces sont très abaissées, et il y a une impuissance génitale absolue.

Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est la coïncidence avec la polydipsie de deux autres phénomènes singuliers : 1° le développement de petites tumeurs sous la peau au nombre de plus de 50, sur diverses parties du corps, reconnues à l'examen pour être des cysticerques; 2° l'expulsion dans les selles de fragments de ténia dont une certaine quantité, rendue à la suite de l'administration du kousso, est représentée dans une bouteille. Cette contemporanéité de ces trois phénomènes chez un homme ayant vécu

longtemps, en Algérie, de viandes gâtées, peu ou pas cuites, et d'eaux malsaines, ayant ensuite mangé de la viande crue pendant un an, soulève la question de savoir si le diabète n'est pas, dans ce cas, une expression symptomatique de la ladrerie ou s'il n'y a pas, dans le voisinage du quatrième ventricule, dont l'irritation détermine la glycosurie, un cysticerque dont la présence suffirait à expliquer ce fait. C'est à l'observation ultérieure à décider. (*Soc. méd. des hôp.*, mai.)

Cuivre. Consulté par un homme de soixante-trois ans, vigoureux, sans antécédent morbide, pour une éruption furonculeuse au scrotum et aux fesses, avec faiblesse, insomnie, affaiblissement de la vue, amaigrissement, soif, polyurie, Grazzini soupçonna un diabète. En effet, l'analyse de l'urine indiqua 37 gr. 88 de sucre par litre. La quantité journalière d'urine était de six litres.

Son expérience personnelle lui ayant montré le peu d'efficacité des médications usitées dans cette maladie, il essaya à titre non de spécifique, mais de tonique, le cuivre, qui, suivant des faits récents, aurait donné de remarquables résultats dans la chlorose et la chloro-anémie.

Le 28 juin, il prescrivit un centigramme de cuivre métallique finement pulvérisé avec un gramme de gomme arabique en poudre, à prendre en deux fois avant chaque repas.

Vingt jours après, aucun signe d'intolérance ne s'étant manifesté, la dose fut portée à trois centigrammes.

Après un mois et demi environ, la quantité d'urine était devenue presque normale, et cette urine ne présentait plus trace de sucre.

L'analyse des urines fut répétée quatre fois pendant les deux mois qui suivirent, et toujours avec les mêmes résultats négatifs, malgré la suppression du médicament.

Grazzini se demande si c'est là une simple trêve ou une véritable guérison. En tout cas, il est à remarquer que, chez ce malade, la disparition des symptômes diabétiques a été rapide et qu'elle a persisté après la suppression du traitement, ce qu'on n'observe pas chez les diabétiques traités par les autres méthodes ou par la diète albuminoïde exclusive. (*La médecine contemporaine*, janvier.)

Diabète maigre. Au diabète gras, M. Lancereaux a ajouté, on le sait, le diabète maigre, qui s'en distingue par les symptômes suivants : Le premier a un début insidieux, se manifeste par l'obésité entre vingt et trente ans, s'accompagne peu à peu de polydipsie, de polyphagie, de polyurie, avec glycosurie légère ou intermittente, affecte une marche essentiellement chronique, et a une durée indéterminée. La mort a lieu à la suite soit d'un anthrax, soit d'un phlegmon, soit de gastrorrhagie, rarement de phthisie pulmonaire. On observe souvent le diabète gras chez les individus issus de parents goutteux ou graveleux. A l'autopsie, on ne trouve pas de lésion constante.

Le diabète maigre est tout différent. Début brusque au milieu d'une bonne santé; apparition rapide de la polydipsie, de la polyphagie, de la polyurie et de la glycosurie, amaigrissement et affaiblissement progressifs, déchéance des fonctions génitales, marche continue, durée relativement courte (un, deux, trois, six ans au plus); terminaison fatale et fréquence de la phthisie pulmonaire, qui débute par une pneumonie chronique à crachats visqueux et verdâtres; tous ces caractères distinguent profondément le diabète maigre du diabète gras, sans compter l'énorme quantité d'urine et de sucre rendus dans les vingt-quatre heures. De plus, ici l'étiologie est inconnue, et, dans les deux cas que M. Lancereaux a examinés, il y avait *destruction du pancréas.* Se basant donc sur les données de la clinique et de la physiologie expérimentale, M. Lancereaux pense que le diabète maigre mérite une place à part en nosologie, et qu'il doit y avoir des relations étroites entre ce diabète et les lésions destructives du pancréas. (*Congrès international d'Amsterdam.*)

Sur le diabète maigre dans ses rapports avec les altérations du pancréas, par le docteur Lapierre. In-8.

DIPHTHÉRIE. Son accroissement graduel à Paris, qui, de 1,000 décès environ par année, s'est élevé à 1,328 en 1875, 1,571 en 1876 et 2,393 en 1877, est heureusement descendu à 1,995 en 1878. La confirmation de cette décroissance est surtout manifeste par la mortalité du premier trimestre de l'année, qui en offre constamment l'apogée.

De 703 décès en 1878, elle est descendue à 529 en 1879, au lieu de 365 dans le trimestre antérieur. (*Soc. méd. des hôp.*, avril.)

En vertu de cette évolution saisonnière, qui rend chaque année la diphthérie plus intense en hiver qu'en été, c'est-à-dire dans le premier et le dernier trimestre de chaque année, ne pourrait-il être donné avis aux familles pauvres qui apportent leurs petits malades dans les hôpitaux d'enfants pour des affections aiguës, des fièvres éruptives souvent légères, du danger qu'ils leur font courir d'y contracter le croup? A défaut de salles d'isolement pour ces affections contagieuses, on voit ainsi un grand nombre d'enfants, admis pour des affections bénignes pendant ce semestre, être atteints intercurremment de la diphthérite, du croup, qui les fait mourir. Sur 36 cas traités dans le service de M. Archambault, à l'hôpital des Enfants, pendant le premier trimestre de cette année, 18 avaient été contractés à l'intérieur par des enfants admis pour des maladies bénignes. La mortalité annuelle en est notablement augmentée de la sorte. (*Idem.*)

Identité avec le croup. Les progrès incontestables de cette maladie spécifique tendent de plus en plus à y soumettre le croup et à le confondre avec elle. De là l'enquête faite en Angleterre à ce sujet. Sur le rapport du comité qu'elle avait chargé d'élucider cette question, la *Royal medical and chirurgical Society* a consacré trois séances consécutives à en discuter les bases, sans formuler de conclusion précise. Les documents fournis étaient de trois sortes : réponse de 90 médecins environ aux questions posées sur l'étiologie et l'histoire de la laryngite membraneuse; tableaux cliniques des docteurs Fagge, Gee et Dickinson; rapports officiels sur les épidémies et endémies de diphthérite. La conclusion tirée par le rapporteur est « l'évidence d'une exsudation membraneuse des voies aériennes résultant d'irritants mécaniques et chimiques en dehors de toute diphthérite contagieuse, peu d'exemples démontrant que la laryngite membraneuse a suivi l'exposition au froid. Et comme, dans la majorité des cas de ce genre, plusieurs autres facteurs peuvent avoir contribué à la produire, la commission s'est bornée à affirmer que tous les cas observés ne

pouvaient être rangés sous le titre de diphthérie et qu'il existait des exemples qui ne pouvaient être confondus avec elle. »

Rien de clair ni d'explicite ne ressort donc de cette distinction banale, qui donne également raison aux unicistes et aux localisateurs. Les fausses membranes du larynx sont trop évidentes pour être niées, et il s'agissait de préciser si elles étaient toujours sous l'influence de la diphthérie. Mais la rareté des cas où elles y sont localisées à l'autopsie et la fréquence de leur extension aux amygdales et au pharynx l'ont empêchée de se prononcer. L'apparition consécutive du croup aux fièvres éruptives, la scarlatine et la rougeole en particulier, et l'apparition d'une laryngite sans fausses membranes, n'ont pu l'éclairer au point de trancher ce nœud gordien. Les causes en sont trop obscures; elle n'a trouvé aucun signe distinctif entre les deux formes, et elle est restée dans l'incertitude. Et cependant, puisqu'il y a des cas de laryngite membraneuse, indépendants de la diphthérite, comme elle l'affirme, c'est reconnaître implicitement, avec l'école française, l'idiopathie du croup et son essentialité. (*Lancet*, mai, n° 20.)

Etiologie. En dehors de la contagion directe, dont les exemples les plus concluants ne manquent pas, surtout parmi les médecins, son étiologie est des plus obscures dans le drame épouvantable qu'elle a fait dans la famille du grand duc de Hesse-Darmstadt. Sur quatre enfants, l'aînée, âgée de seize ans, était la première atteinte, puis ce fut le tour de sa sœur, âgée de six ans, puis celle de quatre ans, qui succomba bientôt, et enfin le frère, âgé de dix ans, prenait à son tour la terrible maladie, dont le père était lui-même atteint le lendemain. Cinq personnes sur six étaient ainsi luttant simultanément contre les douleurs de l'angine, lorsque la mère, qui veillait seule sur toutes ces vies si chères, courbée sous ce fardeau d'inquiétudes et de douleurs, fut atteinte du terrible mal et terrassée trois jours après. C'était la fille de la reine d'Angleterre.

Le professeur Ortel, de Munich, et le docteur Eigenbrodt, qui étaient les médecins traitants, ne trouvèrent aucune cause d'insalubrité dans le palais, relativement neuf et dans les meilleures conditions sanitaires, pour expliquer cette terrible explosion. Rien autre que le contact, les baisers peu-

vent en rendre compte, quoique la première malade eût été isolée aussitôt que la maladie fut reconnue. Mais les cinq autres invasions s'étant succédé dans les cinq jours suivants et aucune des soixante-huit personnes de la maison n'ayant été atteinte, on ne peut attribuer cette diphthérite qu'à la contagion. Une influence épidémique ne peut en effet guère être admise.

Il faut la rapporter au contraire à l'influence épidémique quand elle sévit, comme en Russie, d'un village à l'autre, dans le même district ou la même province. C'est ainsi que, dans celle de Kharkow, cinquante enfants sont morts de diphthérite, dans le village de Kaplounovno, du 10 au 28 décembre 1878, et que plus de deux cents, sans compter les adultes, ont été enlevés à Pakhomovka en janvier. Un petit bourg des environs a eu plus de cent personnes emportées en même temps. Le district de Marioupol a eu jusqu'à sept et neuf décès par jour. Partout la diphthérite fit ainsi les plus déplorables ravages en Russie, parmi les enfants, durant l'hiver dernier.

Elle augmente ainsi d'intensité, d'année en année, depuis 1875, dans le district de Mirgovad, province de Poltava. 14,598 personnes en ont été atteintes, d'après un rapport officiel, jusqu'en décembre 1878, dont 6,224 décès, soit 5,5 pour 100 de la population.

A ces caractères, on peut reconnaître l'épidémie due sans doute aux conditions antihygiéniques où se trouve la population. Un hygiéniste, le docteur Erismann, démontre dans ses ouvrages que « les mesures hygiéniques, pour être utiles, doivent marcher de pair avec l'amélioration des conditions économiques de la population. » Telle est aussi l'opinion de tous ceux qui s'occupent d'hygiène en Europe. Il est très important que l'on prenne, dans les localités où sévit la diphthérite, des mesures sanitaires, telles que la désinfection des habitations, l'isolement des malades, l'augmentation du nombre des médecins, l'élection de commissions sanitaires, etc.

Etiologie du lait. Dans son rapport à la Société pathologique de Londres sur l'épidémie de diphthérite qui sévit au nord de cette ville et qui atteignit 264 personnes, dont 38 succombèrent, le docteur Power ne l'attribue ni au mau-

vais drainage, ni à l'altération du lait par l'eau, mais au lait lui-même, *per se*. La plupart des personnes atteintes se fournissaient dans la même ferme, sans qu'aucune autre cause extérieure puisse en rendre compte, sinon la vache ou le lait. Ce lait était distribué à 473 familles, dont 68 furent atteintes, tandis que 30 cas seulement eurent lieu dans les 2,227 familles du même district fournies par d'autres laiteries.

Incriminer le lait sans autre preuve positive, n'est-ce pas une étiologie gratuite? Aucune personne de la laiterie ne fut atteinte, et, pour accuser le lait, l'auteur est réduit à supposer que les vaches qui le fournissaient avaient le *garget* (cocotte?), parce que, dans une récente explosion de diphthérite au château de la princesse Alice, cette affection des vaches régnait dans la ferme qui fournissait le lait. (*Lancet*, janvier.)

N'est-ce pas là plutôt de la fantaisie que de la clinique?

Communication par la volaille. Les poules, en particulier, sont atteintes d'une forme spéciale de diphthérie, appelée *muguet jaune*, *chancre*, *esquinancie*, par les éleveurs, les fermiers. C'est la vraie *pépie*, quand elle reste localisée à la langue. Elle envahit les paupières, la bouche, le larynx, la trachée, les bronches et jusqu'au jabot, aux intestins, et se communique si facilement d'un volatile à l'autre qu'elle sévit sous forme épidémique et détruit des poulaillers entiers si l'on n'en isole les habitants.

Une épidémie de ce genre s'étant manifestée dans plusieurs poulaillers de Marseille, en même temps que la diphthérite sévissait épidémiquement sur les enfants, le docteur Nicati s'est demandé s'il n'y aurait pas une relation de cause à effet entre ces deux épidémies. Une enquête faite à ce sujet n'a donné que des résultats négatifs. Ni chez les gens appelés pour une raison ou une autre à fréquenter les poulaillers atteints, ni chez ceux qui en avaient vendu les produits, on n'a constaté la propagation de la maladie. Mais ayant réussi à inoculer cette affection non seulement d'une poule à l'autre, mais de la poule au lapin, il émet des doutes sur sa transmission possible à l'homme, sans rechercher si l'homme par ses déjections ne peut pas bien plutôt la transmettre aux volailles, et il con-

clut à la nécessité d'en faire inspecter les viandes destinées à la consommation publique avant leur entrée en ville.

Des expériences de contrôle faites à ce sujet par le professeur Trasbot, d'Alfort, il résulte que l'inoculation de poule à poule réussit très bien; mais des fausses membranes, du sang, du mucus, pris à des coqs et des poules diphthéritiques, ont été appliqués en vain sur les muqueuses ou dans le tissu cellulaire du chien et du porc. Un élève, M. Faiès, a même tenté sur lui-même cette inoculation en maintenant durant plusieurs minutes dans la gorge des lambeaux de membranes prises sur un coq, et il n'en a éprouvé aucun accident.

Un autre vétérinaire distingué, M. Mégnin, est venu détruire les craintes alarmantes de M. Nicati. Tout en constatant que la diphthérite atteint indifféremment tous les oiseaux, comme il l'a observé sur plus de 100 cas de 11 espèces différentes, le microscope lui a montré qu'elle est spécialement constituée par un proto-organisme qui se rencontre sous les fausses membranes, comme à la périphérie des tubercules se développant dans les organes parenchymateux. C'est donc là une preuve positive et très convaincante qu'elle diffère de la diphthérite de l'homme, dans laquelle, jusqu'ici du moins, aucun parasite de ce genre n'a été constaté. Aucune communication directe n'a été observée par lui. (*Soc. de méd. publique et d'hygiène profess.*)

Forme urémique. La présence précoce ou tardive, continue et intermittente de l'albumine dans l'urine des diphthériques, et la gravité qu'elle donne au pronostic, sont bien connues; mais l'urémie s'y ajoutant souvent, et résultant de l'oligurie si fréquente et même de l'anurie qui s'observe parfois, est beaucoup moins connue. Elle donne ainsi lieu à la forme comateuse et convulsive. On a vu l'excrétion de l'urée tomber à 6 grammes par jour. Cette diminution est toujours d'un pronostic grave, suivant le docteur Bouffé, et c'est surtout à étudier ce symptôme et le traitement rationnel employé que ses *Recherches cliniques sur la diphthérie et son traitement en particulier* sont consacrées (Paris, 1879).

Benzoate de soude. D'après les expériences de Graham, faites dans le laboratoire du professeur Klebs, à Prague, ce-

sel, donné à l'animal inoculé de bactéries, arrête la végétation du poison diphthéritique, pourvu que la dose soit proportionnée au poids du malade. La dose est ainsi de 7 à 8 grammes par jour chez les enfants d'un à trois ans, de 8 à 10 grammes de trois à sept ans, de 15 grammes au-dessus; et jusqu'à 25 grammes chez les adultes. (*Archiv für exp. pathol. und pharmac.*)

Vingt-sept malades atteints de diphthérite étant soumis *exclusivement* à l'action de ce nouveau remède par le docteur L. Letzerich durant une épidémie à Berlin, dont vingt-quatre enfants et trois adultes, il n'y eut qu'un décès, malgré huit cas des plus graves. C'étaient trois garçons et cinq filles entre cinq et huit ans et demi, avec fièvre, délire, rétention d'urine et des fèces; nombreuses bactéries dans le sang.

Voici la formule employée pour les enfants au-dessous d'un an:

℞ Benzoate de soude pur.......	5	grammes.
Eau dist. simple.............	} ãã 40	—
— de menthe.........		
Sirop d'écorces d'oranges.....	10	—

Mêlez.

Une demi-cuillerée à bouche toutes les heures.

La poudre de benzoate de soude a été insufflée toutes les deux ou trois heures sur les membranes diphthéritiques, soit avec un tube en verre, soit appliquée directement avec un pinceau. Aucune ulcération n'en résulte; mais le danger de son action est décelé par un développement considérable d'organismes sur place. Une solution de 10 grammes pour 200 d'eau a aussi été donnée en gargarisme aux enfants plus âgés et aux adultes. Les effets en sont ordinairement appréciables vingt-quatre à trente-six heures après. La température, de 106°, 3 Fahr., diminue graduellement, et le pouls, de 136, redevient normal en quatre ou cinq jours. Les fausses membranes se localisent, s'amincissent, deviennent comme transparentes et disparaissent vers le cinquième jour. La médication est continuée cependant encore, en diminuant les doses et les applications, jusqu'au huitième jour en général. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 février.)

Inhalations d'acide fluorhydrique. A la dose d'un gramme par mètre cube à faire évaporer en trois heures dans la

pièce où se trouve le malade, cet agent, employé par les graveurs sur verre, ferait disparaître les pseudo-membranes diphthéritiques et croupales, suivant le docteur H. Bergeron. Sur vingt-quatre malades, il aurait eu dix-neuf guérisons; mais, en analysant ces faits, on trouve huit adultes de vingt à soixante ans et quatre enfants de six à neuf ans parmi les guéris, et cela diminue immédiatement la portée de cette proportion considérable, puisque la diphthérite comme le croup sont surtout redoutables et mortels dans la première enfance. Appliqué dans un cabinet où se trouvait un diphthéritique, à l'hôpital des Enfants, il a échoué, et les autres moyens, employés concurremment en ville, ne permettent pas de lui attribuer la guérison. La violence d'action de cet acide prenant à la gorge des malades et des assistants, dépolissant les verres des glaces soumis à son action, ne permet guère d'y recourir, et aucun médecin parmi ceux qui l'ont vu employer n'a été tenté d'en faire de nouveau l'inhalation, même à l'hôpital, malgré la gravité des cas et la mort fréquente des malades. C'est donc là un essai malheureux et à ne pas répéter. (*Soc. de méd. de Paris*, mars.)

Étude sur la diphthérite, par le docteur Cousot, brochure de 23 pages in-8, et *Journal des sciences médicales de Louvain*.

Admettant comme démontrée la légèreté en elle-même de la plaque diphthéritique, par quelques cas de manifestation d'emblée à l'extérieur, l'auteur pose en loi qu'elle n'acquière de gravité que par son siége, comme les narines, la trachée, le larynx, en formant obstacle à l'entrée de l'air et en l'empoisonnant dans son passage par les parasites, les proto-organismes qui existent dans les fausses membranes. Détruire sur place ces fausses membranes par des injections, renouvelées toutes les deux heures, avec un mucilage contenant une partie de tannin sur 10, est le spécifique indiqué. Cinquante-sept cas de guérison sans un seul insuccès, obtenus par l'auteur, et trente-sept obtenus par d'autres médecins avec un seul insuccès, sont le bilan de ce travail; mais aucune observation détaillée, sinon celles des trois cas mortels.

Ce n'est donc là ni une statistique sérieuse, ni des faits concluants. Comme topique, le tannin peut bien agir sur les fausses membranes lorsqu'elles sont isolées et peu étendues,

comme tant d'autres moyens; mais comment les empêcher de s'étendre profondément avec cet agent? Il faut donc en limiter l'emploi à certains cas, plutôt que d'en faire une panacée pour tous les cas de diphthérite.

Voici, d'après le docteur Hubert, les effets produits par le tannin dissous dans la glycérine à la dose de 1 gramme pour 8 à 12 de celle-ci. Appliqué ainsi sur les fausses membranes, ou injecté dans les fosses nasales, sinon inhalé par la pulvérisation, le tannin neutralise la fausse membrane, anéantit ses propriétés toxiques, la tanne en quelque sorte, de façon qu'elle se détache, en laissant un liseré rouge, sans qu'une nouvelle se reproduise à sa place. L'amélioration est rapide, et des guérisons ont été ainsi obtenues dans les cas les plus graves, alors que les malades traités par d'autres moyens succombaient.

C'est donc un topique à essayer de préférence aux caustiques, car le tannin est un modificateur des tissus, qui, par son action sur la muqueuse, peut limiter et arrêter l'envahissement, l'extension de la diphthérie.

Diphtheria, sa nature et son traitement, ses variétés et ses manifestations locales; par le docteur Morell Mackensie, médecin de l'hôpital pour les maladies de la gorge, et professeur de cette spécialité au Collège médical de Londres.

Historique complet, remontant jusqu'au temps de Pythagore par l'ouvrage sanscrit de d'Hamantare. Les épidémies d'*Askara*, décrites dans le Talmud, seraient des exemples de diphthérite, suivant Rashi, son savant commentateur. C'est remonter bien loin pour ne pas savoir grand'chose.

L'auteur distingue une infection primitive et une infection secondaire, et les symptômes sont divisés en six formes: typique, catarrhale, inflammatoire, maligne, gangréneuse, chronique; mais il reconnaît la difficulté fréquente de faire un diagnostic absolu. Un chapitre sur la diphthérite laryngo-trachéale montre assez que, suivant les idées modernes, l'auteur ne fait du croup qu'une forme de la diphthérite. Il admet l'identité, suivant l'opinion récemment émise par la commission de la *Royal med. and chir. Society* de Londres. La diphthérite nasale et la diphthérite secondaire terminent ce petit livre intéressant et doctrinal de quelques centaines de pages, sans statistiques ni observations, mon-

trant bien l'état actuel de l'esprit médical anglais à ce sujet.

DIURÉTIQUES. Des expériences instituées par le docteur Maurel sur six hommes bien portants de vingt et un à vingt-quatre ans, placés dans des conditions identiques, avec divers médicaments, ont donné des résultats en contradiction avec ce qui s'observe sur le malade. Après cinq jours d'épreuve, pendant lesquels les patients étaient soumis à un régime uniforme, la quantité d'urine étant recueillie et dosée chaque jour, ils étaient soumis, pendant les cinq jours suivants, à l'usage du médicament en expérience, en variant la dose pour chaque individu et en notant les différences survenues dans la quantité et la densité de l'urine. Elle était de même recueillie et dosée pendant les cinq jours suivants comme contre-épreuve. Voici les résultats obtenus :

	Nitrate de potasse.		Épreuve.	Expérience.	Contre-épreuve.
I.. 21 ans	2 gr.	Urine......	1 lit. 960 gr.	2 lit. 050 gr.	1 lit. 762 gr.
		Mat. solides.	87,32	86,08	78,72
II. 23 —	4 —	Urine......	1 — 630	1 — 650	1 — 520
		Mat. solides.	71,34	85,60	74,20
III. 23 —	4 —	Urine......	1 — 283	1 — 485	néant.
		Mat. solides.	68,026	80,542	néant.
IV. 24 —	6 —	Urine......	2 — 200	2 — 280	1 — 925
		Mat. solides.	84,96	107,36	92,60
V.. 23 —	6 —	Urine......	1 — 417	1 — 400	néant.
		Mat. solides.	64,10	73,96	néant.
VI. 24 —	8 —	Urine.....	1 — 820	1 — 750	1 — 533
		Mat. solides.	68,40	79,50	72,94

D'où l'auteur conclut que le sel de nitre n'augmente pas constamment la quantité d'urine émise, car elle a été quatre fois sur neuf inférieure pendant son administration, et que son augmentation n'a pas été en rapport avec la dose, tandis qu'il accroît constamment l'excrétion des matières solides en fournissant son appoint, mais sans être en rapport avec la dose administrée.

Acétate de potasse. De 3 à 8 grammes par jour. Quatre fois sur six, l'urine a augmenté, ainsi que les matériaux solides. Elle n'a pas varié dans un cas, et diminué de 180 grammes par jour dans l'autre. Diurétique incertain et faible.

Chlorate de potasse. De 4 à 6 grammes en potion. Augmentation légère, mais constante, de l'urine et des matériaux solides. Diurétique faible, mais réel.

Iodure de potassium. 2 grammes. Il diminue la quantité d'urine et la proportion des matières solides.

Salicylate de soude. 2 grammes. Trois fois sur six, la quantité normale de l'urine a diminué; mais, cinq fois sur six, les matières solides ont augmenté de 3 gr. 42 en moyenne.

Digitale. Dose de 1 à 2 grammes de teinture. Augmentation très notable, constante et persistante, de l'urine et surtout des matières solides, s'élevant à 5,38 en moyenne, avec persistance de tous ces effets plusieurs jours après l'expérience; ce qui justifie la pratique adoptée de la suspension intermittente.

Colchique. 2 à 4 grammes de teinture n'ont donné qu'une légère augmentation de l'urine et de ses constituants solides, sans que l'addition de la teinture de digitale en augmente les résultats.

Scille. 4 grammes de teinture et 15 à 40 grammes d'oxymel scillitique n'ont donné que des résultats insignifiants, bien que la pression vasculaire et la fréquence du pouls fussent modifiées.

Trois de ces médicaments : le chlorate de potasse, le salicylate de soude et surtout la digitale, auraient donc une action diurétique, d'après ces résultats. Mais peut-on inférer de ces effets sur l'homme sain à ce qui a lieu dans l'état de maladie? Tous les jours, les sels de potasse et la scille sont très diurétiques chez les malades infiltrés, avec d'abondantes collections liquides, des hydropisies sans lésions rénales. Ces expériences comparatives ne suffisent donc pas à donner la mesure complète de la puissance thérapeutique des médicaments sans que la clinique intervienne. (*Soc. de thérap.*, juillet, et *Journal de thér.*, nº 17.)

Poudre diurétique. Au lieu de la tisane que l'estomac ne supporte qu'avec dégoût, le docteur Reverdin prescrit la

poudre suivante au début de la blennorrhagie, acceptée facilement par les malades et qui remplace avantageusement celle *dite de voyageur*.

℞ Sucre pulvérisé....................	100 grammes.
Bicarbonate de soude	20 —
Acide benzoïque..................	6 —
Essence de citron.................	Q. S.

Une cuillerée à café, six fois par jour, dans un grand verre d'eau. On continue jusqu'au moment où, l'écoulement étant modifié, on prescrit les balsamiques et les injections. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, novembre.)

DYSPEPSIES NERVEUSES. *Electricité.* Liées exclusivement aux troubles d'innervation gastrique quant aux phénomènes chimiques, sécrétoires et mécaniques de la digestion, ces dyspepsies dépendent, suivant le professeur Semmola, de l'affaiblissement fonctionnel du pneumo-gastrique, du grand sympathique et de ses dépendances. Une grande intolérance de l'estomac au contact des aliments, avec angoisse épigastrique, gastralgie, vomissements, etc., en sont les signes distinctifs. Les causes principales en sont : les chagrins fréquents et prolongés, les émotions violentes, les excès de coït, venant troubler la digestion et épuiser le système nerveux. Un catarrhe secondaire de l'estomac en résulte ordinairement par la paralysie des vaso-moteurs, le séjour prolongé des aliments et leur action irritante, dont les lésions anatomiques, les symptômes prédominants font souvent perdre de vue l'origine nerveuse primitive et négliger le traitement. L'hydrothérapie, le grand air, le fer, la noix vomique réussissent parfois comme reconstituants ; mais les *courants continus*, entre la région latérale du cou et l'épigastre, pendant cinq à dix minutes, renouvelés méthodiquement toutes les douze heures, immédiatement avant le repas, en sont le moyen curatif par excellence. Ils ont réussi après l'échec de tous les autres, lorsque le régime, approprié à la tolérance de l'estomac, vient en seconder les bons effets. (*Congrès intern. d'Amsterdam* et *Journal de thérap.*, n° 19.)

E

ÉCLAMPSIE. *Bromure de potassium.* Malgré l'emploi assez fréquent de ce médicament depuis une douzaine d'années, le professeur Fonssagrives, dans son récent *Traité de thérapeutique*, ne le conseille que par analogie avec les autres sédatifs des convulsions. Il ne cite qu'un cas américain comme propre à justifier cette prévision, tandis que, dès 1869, nous citions cinq cas de son emploi recueillis en France et à l'étranger avec des résultats variés, sans que l'action en soit parfaitement démontrée. (Voy. *années* 1869 et 1871.)

Le docteur Dumolard, qui l'emploie constamment depuis 1870, est plus affirmatif. Appelé auprès d'une femme en proie à des crises éclamptiques, dit-il, je lui fais prendre d'un coup 4 à 6 grammes de bromure de potassium en solution dans un verre d'eau ou dans du sirop d'écorces d'oranges, et, une demi-heure ou trois quarts d'heure après, les convulsions cessent pour ne plus reparaître.

Sur dix malades traitées ainsi, une seule est morte dans le coma. Si celui-ci empêche la déglutition du remède et que les accès ne permettent pas de le faire absorber par le rectum, il a recours aux inhalations de chloroforme, pour permettre son administration par la bouche. Il a ainsi réussi dans deux cas. (*Lyon méd.*, n° 46, 1878.)

Mais ce médicament ne s'adresse qu'à l'élément convulsif, et, tout en faisant merveille, il reste la période comateuse et le réveil avec délire. L'éclampsie n'est donc pas guérie par cet agent, pas plus qu'avec le chloral, le chloroforme, l'opium, ni les autres sédatifs; il reste l'élément congestif à combattre par les saignées et les révulsifs, quand les convulsions ont cessé.

Lavements de chloral. Il y aurait beaucoup à redire sur l'interprétation précédente du chloral. Son efficacité en lavements s'impose au contraire à tous les esprits par les succès qu'il donne. Une primipare de vingt-huit ans, prise d'accès violents d'éclampsie, quinze jours avant terme, sans aucune dilatation, résistait au bromure, et les accès

augmentaient de fréquence et d'intensité, lorsque le docteur Grellot fit injecter 5 grammes de chloral. Aussitôt les accidents se calmèrent, la dilatation se fit progressivement, et l'accouchement eut lieu le lendemain. Un lavement de 2 grammes, après trois accès des plus violents, a suffi pour supprimer définitivement l'éclampsie dans un autre cas.

N'est-il pas probable qu'ici, comme dans d'autres exemples, les accès dépendent surtout d'un utérus irritable ou de contractions, douloureuses et irrégulières, que le chloral calme si merveilleusement pendant l'accouchement? C'est pourquoi le docteur Testut, dont le mémoire a été couronné par l'Académie de médecine en 1877, conseille les lavements de chloral avec 4 grammes d'abord et 1 gramme ensuite, d'heure en heure, jusqu'à la fin des convulsions.

Une cause fréquente d'échec du chloral, c'est l'impossibilité de le faire garder en lavement. Il est mieux toléré quand on l'administre dans un verre de lait. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, novembre.)

Anesthésie chloroformique prolongée. Le chloroforme a une action bien plus puissante sur l'accès que le chloral, suivant M. Lucas-Championnière, surtout quand l'anesthésie est employée avec la saignée générale, s'il y a des phénomènes de congestion. 4 à 500 grammes de sang sont ainsi tirés avant la chloroformisation; mais il faut prolonger celle-ci sans relâche jusqu'à l'emploi de 280 à 300 grammes de l'agent anesthésique. L'interruption ne se justifie que par le besoin de la saignée. Ces deux moyens se complètent. Cesser l'anesthésie dès que deux ou trois accès sont revenus est la plus déplorable pratique, car on finit toujours par les supprimer en persistant, si l'on a la précaution de ne toucher, ni tourmenter la malade d'aucune manière. La tranquillité, l'obscurité, sont au contraire indispensables. Il n'a pas vu mourir une seule femme soumise régulièrement à ce traitement. (*Idem.*)

Injections de pilocarpine. Les convulsions de l'éclampsie étant attribuées à un arrêt brusque de la circulation cérébrale par l'ischémie instantanée résultant de la crampe vaso-motrice, l'idée est venue au docteur Bidder d'employer la pilocarpine pour faire cesser le spasme vasculaire. Dans

deux cas où les convulsions s'étaient montrées avant et après l'accouchement, il a suffi d'une à deux injections de 2 centigrammes de pilocarpine pour les faire cesser. Mais, comme des lavements de 2 à 4 grammes d'hydrate de chloral avaient été employés simultanément, on ne pouvait conclure.

Deux faits subséquents, observés par le docteur Prochownick, de Hambourg, sont plus probants. Une femme ayant été prise d'attaques convulsives huit jours avant l'époque présumée du terme, on lui injecta 18 milligrammes de pilocarpine sous la peau après la seconde attaque. Une demi-heure ensuite, des sueurs profuses ont lieu, le travail commence et se poursuit régulièrement, les convulsions cessent. Neuf heures après, une crise semble menaçante; on fait une seconde injection, mais pas assez tôt pour l'enrayer. La sueur apparaît au bout d'une demi-heure, et la crise se termine après une heure et demie. Pendant ce temps, le travail avait marché rapidement, et l'on n'eut pas besoin de forceps; la délivrance avait été naturelle.

Dans le second cas, l'accouchement se fit après diverses attaques, alors que la malade était sans connaissance. Mais le placenta fut retenu dans l'utérus par la contraction tétanique de cet organe, et, bien que la femme eût été narcotisée, l'extraction fut impossible.

C'est alors qu'on injecta 18 milligrammes de pilocarpine. L'effet fut le même que dans le cas précédent; dès que la sueur apparut, l'utérus se relâcha, et le placenta put être retiré sans difficulté; les convulsions ne reparurent plus. L'auteur est d'avis que la pilocarpine agit à la fois contre les convulsions et sur la matrice, sans cependant se rendre compte si l'effet est direct ou indirect. On pourrait, suivant lui, élever la dose à 25 milligrammes. Il préfère la pilocarpine au chloroforme dans le traitement de l'éclampsie, précisément parce que la première facilite l'action régulière de l'utérus, et par suite la rapide délivrance, sans faire courir grand danger au fœtus. (*The Dublin med. sc.*, octobre 1878.)

Braun, de Vienne, a également employé avec succès le muriate de pilocarpine à la dose de 3 centigrammes contre l'éclampsie.

ELECTRO-PUNCTURE. Voy. Anévrysmes, Tumeurs érectiles.

EMPOISONNEMENT. *Cyanure de potassium.* Il ne s'observe guère, et assez rarement, que chez les chimistes et les photographes, qui se servent de ce sel dans leurs préparations. Le docteur Souverens a observé un photographe qui en fut victime après une manipulation faite avec ce sel. Les accidents consistèrent en douleur de tête bipariétale, tendance au sommeil, douleurs lombaires; puis survinrent des bourdonnements d'oreilles, du délire tranquille et excité ensuite, de la tuméfaction des paupières supérieures, des vomissements, de la perte de l'appétit, et une violente constipation. Le pouls lent, 78; la respiration courte, la peau froide, douleur à la pression sur la tête et sur la nuque, sensibilité intacte dans les autres parties du corps, pupilles presque immobiles, visage sans expression, la langue couverte d'un enduit épais, les dents, les gencives, les lèvres fuligineuses, enfin fétidité de l'haleine. Cet homme guérit. (*Philadelphia med. Times*, 1878.)

Mais un cas beaucoup plus grave est relaté par le docteur Warneck, qui l'a observé sur un photographe de Kiel ayant avalé volontairement 120 à 150 grammes d'une solution de cyanure au 50e, soit environ 3 grammes du sel. Les phénomènes observés furent : chute immédiate avec perte de connaissance, vomissements d'aliments et d'un liquide à odeur d'amandes amères, coma profond, sueurs visqueuses, cyanose, réfrigération des extrémités, yeux entr'ouverts convulsés en haut et en dehors, pupilles fortement dilatées, mâchoires serrées et écoulement de salive sanguinolente, résolution complète des membres, respiration trachéale irrégulière, ralentie ou accélérée, entrecoupée; pouls petit, inégal, à 120, la pointe du cœur à peine sentie; bruits cardiaques nets, mais faibles; abaissement de la température, à 36°,2; miction involontaire.

Désespéré en apparence, ce cas fut traité énergiquement par des injections sous-cutanées de 2 grammes d'éther sulfurique et le lavage complet de l'estomac. Mais la respiration se suspendait, le pouls devenait plus petit, l'œdème pulmonaire était menaçant, et, malgré de nouvelles injections d'éther camphré et la respiration artificielle, l'état ne s'améliorant pas, M. Warneck fit placer le malade dans un bain à 33° Réaumur et arroser la tête et la nuque avec de l'eau glacée. Dès la première aspersion, et chaque fois que

l'on versait de l'eau sur la tête, le malade faisait de profondes inspirations. Peu à peu, la respiration devint plus régulière, plus profonde, et tous les accidents disparurent après un bain d'une heure. On fit une nouvelle injection de 2 grammes d'éther et de 0,20 de camphre, et le malade fut replacé dans son lit. La convalescence s'effectua rapidement; mais, pendant longtemps, le malade conserva de la faiblesse musculaire générale et un trouble de la parole, du bredouillement. La force musculaire était complètement revenue depuis deux mois, que ces troubles de l'articulation du langage persistaient encore. (*Journ. de thérap.*, janvier.)

EMPYÈME. Les ressources de cette opération sont si puissantes qu'on doit la tenter dans les cas les plus désespérés en apparence, comme M. Moutard-Martin en cite un exemple. Demandé en consultation près d'une petite fille de cinq ans, atteinte de pleuro-pneumonie huit jours auparavant, il la trouva avec le faciès cadavéreux, les lèvres bleuâtres, la face pâle, la respiration incomplète et saccadée. Pouls insensible. Anasarque généralisée avec tous les signes d'un épanchement remplissant la cavité pleurale gauche.

Malgré le danger de voir succomber la malade pendant l'opération, une ponction fut pratiquée, sans que la moindre douleur fût ressentie, tant l'anesthésie était profonde. Un litre et demi de liquide purulent s'écoula, et, l'enfant étant moins mal le surlendemain, on renouvela la ponction, qui ne donna issue qu'à une faible quantité de pus par l'obstruction de la canule. L'asphyxie était imminente le lendemain, et, la famille désirant que toutes les ressources fussent employées, l'incision du huitième espace intercostal fut pratiquée. La malade n'en éprouva aucune douleur, tant l'asphyxie était avancée.

Une véritable résurrection se manifesta aussitôt. L'état général devint meilleur et bientôt très satisfaisant. L'appétit revint et s'accrut; le pus diminua graduellement, et une guérison complète eut lieu.

Un cas semblable est rappelé à l'appui par M. Féréol. Une poche purulente s'était formée sous la clavicule et menaçait de s'ouvrir. Une opération d'empyème régulière fut pratiquée, et l'enfant fut sauvée. (*Soc. de thér.*, juillet.)

Trois succès remarquables obtenus par l'incision en sont relatés par le docteur Elliott, médecin de l'hôpital de Bristol, sur de jeunes enfants de trois ans et demi, cinq et neuf ans. (*Lancet*, octobre, nº 16.)

Hémorrhagies. A la suite d'une pleurésie purulente chez une fille de quatorze ans, l'émaciation était telle un mois après, malgré tous les moyens employés, que M. Blachez dut recourir à l'opération de l'empyème. Une ponction exploratrice ayant donné un pus très fétide, une incision du huitième espace intercostal fut faite; mais, dès l'incision des muscles superficiels, une hémorrhagie eut lieu, et une seconde plus abondante en débridant le point ponctionné. On tenta vainement de lier le vaisseau, et c'est seulement une heure après l'écoulement continu du sang qu'une grosse mèche imbibée de perchlorure de fer et introduite dans la plèvre y mit fin.

Malgré cette abondante perte de sang, il suffit de laver la plèvre à l'eau phéniquée trois fois par jour, pour voir en quinze jours disparaître tous les accidents et renaître la petite malade à la vie. Mais il suffit d'abandonner une petite fistule à elle-même pour qu'en quinze jours la fièvre se rallumât avec accumulation du pus sous la peau. Il fallut réintroduire la sonde et pratiquer des injections pour obtenir une guérison définitive sans déformation sensible du thorax. Cet exemple est donc rempli d'enseignements. (*Soc. méd. des hôpitaux*, mars.)

Empyème chronique. *Résection des côtes*. Au lieu de l'incision traditionnelle de l'espace intercostal, qui a donné des succès si remarquables à M. Moutard-Martin dans ces dernières années, le professeur Estlander, d'Helsingfors, pratique la résection des côtes de la dixième à la cinquième incluses, dans une étendue latérale de 3 à 4 centimètres. C'est donc là une large fenêtre. Admettant que le foyer purulent de la plèvre ne peut se tarir malgré les lavages par l'écartement du poumon refoulé et emprisonné par des adhérences et la paroi thoracique immobilisée par les côtes, il résèque celles-ci, afin de favoriser la rétraction et l'aplatissement des parties molles. Il en rapporte six observations, dont cinq guérisons et un décès. Des fistules spontanées ou acciden-

telles, résultant de la ponction, existaient dans tous les cas. Les malades s'affaiblissaient avec fièvre hectique, un vaste foyer inférieur de pus existant avec épaississement de la plèvre. C'est alors que le chirurgien russe, au lieu d'ouvrir largement la poitrine à la partie inférieure de l'épanchement par l'incision traditionnelle, résèque laborieusement les cinq à six côtes sous le nuage phéniqué, en ouvrant le foyer du haut en bas. (*Revue mensuelle*, février et novembre.)

Une pareille opération ne pourrait se justifier que par l'insuccès de l'incision transversale à la partie inférieure. L'auteur dit bien qu'elle doit être seulement pratiquée dans les cas très chroniques, alors qu'une vaste cavité purulente existe et que la plèvre est épaissie de 3 à 4 millimètres, comme il l'a trouvée. Mais pourquoi ne pas avoir tenté préalablement l'incision latérale simple? Le progrès réel n'est pas dans la nouveauté, l'innovation, l'originalité; il est dans la simplification et le perfectionnement, et la guérison ne justifie pas même une semblable mutilation. La description du procédé opératoire est ainsi inutile.

Il a été imité à Londres par le docteur Taylor chez une fille de six ans qui, après une pleurésie aiguë du côté gauche, présenta un épanchement purulent. Dix *ounces* de pus fétide furent extraits par la ponction, et un drain fut placé pour le lavage antiseptique de la plèvre. Mais l'enlèvement du drain, après un à deux mois, ayant été suivi rapidement de la réaccumulation du pus, on résolut de lui donner une issue plus facile par l'incision des côtes pour faciliter la rétraction des parois du thorax. Un pouce environ de la septième et de la huitième fut excisé, au siége même de la ponction, après avoir préalablement séparé le périoste. La plèvre, épaissie, fut dès lors largement ouverte, et l'on perçut au toucher des ostéophytes des deux côtes réséquées et de la neuvième, bien que la résection se fût exécutée très facilement.

Malgré l'amélioration consécutive, la température continua à s'élever, la diarrhée survint ainsi que l'albuminurie, et l'enfant succomba environ un an après à une dégénérescence graisseuse du foie, des reins et des intestins, constatée par l'autopsie, ainsi qu'une péritonite purulente.

On trouva en outre que la cavité purulente atteignait le sommet de la plèvre, dont la paroi était très dense avec du

pus en bas. Des projections osseuses réunissaient la sixième côte à la septième et celle-ci à la huitième, tellement que l'excision de la septième ne put être retrouvée. (*Clinical society*, 10 octobre.)

Contre un empyème datant de neuf ans, M. König pratiqua aussi la résection de la sixième côte, dans une étendue de 2 centimètres seulement, et se borna là. La guérison était complète un mois après, sans lavages phéniqués. Il suffit du décubitus latéral permanent, et du soulèvement quotidien de la malade par les pieds, pendant quelques minutes, pour bien vider la plèvre. (*Berl. klin. Voch.*, 1878.)

ENSEIGNEMENT. Il tend à se modifier, à se réformer de plus en plus en France sous l'impulsion énergique et vigoureuse de M. J. Ferry, ministre de l'instruction publique, beaucoup plus décidé que son lent et bénin prédécesseur, M. Bardoux. Malheureusement, les deux lois qui doivent y concourir n'ont pas encore reçu l'approbation du Sénat et peuvent être profondément modifiées dans leur esprit libéral et anticlérical. Tel est le projet de loi sur la liberté de l'enseignement, adopté par la Chambre des députés, tendant à rendre à l'Etat les droits que la réaction lui a enlevés par la loi de 1875 en créant des Facultés et des Universités soidisant libres et réellement catholiques à côté des siennes, en faisant entrer ses membres dans les jurys d'examen et la collation des grades universitaires et en leur donnant une part des droits. Admis ainsi légalement dans la place, ils se fussent bientôt imposés et substitués à l'Etat et à l'Université. De là le projet de loi suivant pour prévenir, éviter la réalisation de ces dangereux desseins :

Art. 1er. — Les examens et épreuves pratiques qui déterminent la collation des grades ne peuvent être subis que devant les établissements d'enseignement supérieur de l'État.

Art. 2. — Les élèves des établissements publics et privés d'enseignement supérieur sont soumis aux mêmes règles d'études, notamment en ce qui concerne les conditions d'âge, de grades, d'inscriptions, de travaux pratiques, de stage dans les hôpitaux et les officines, les délais obligatoires entre chaque examen et les droits à percevoir aux frais du Trésor public.

Art. 3. — Les élèves des établissements privés d'enseigne-

ment supérieur prennent leurs inscriptions, aux dates fixées par les règlements, dans les Facultés de l'État.

Les inscriptions sont gratuites pour les élèves de l'État et pour les élèves libres.

Un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique, après avis du ministère des finances, déterminera le tarif des nouveaux droits d'examens.

Art. 4. — Les établissements privés d'enseignement supérieur ne pourront prendre les titres de Faculté ni d'Université.

Les certificats d'études qu'on y jugera à propos de décerner aux élèves ne pourront porter les titres de baccalauréat, de licence, de doctorat.

Art. 5. — Les titres ou grades d'agrégé, de docteur, de licencié, de bachelier, etc., ne peuvent être attribués qu'aux personnes qui les ont obtenus après les concours ou examens réglementaires subis devant les Facultés de l'État.

Art. 6. — L'ouverture des cours isolés est soumise, sans autre réserve, aux formalités prévues par l'article 3 de la loi du 12 juillet 1875.

Art. 7. — Nul n'est admis à diriger un établissement d'enseignement public ou privé, de quelque ordre qu'il soit, ni à donner l'enseignement, s'il appartient à une congrégation religieuse non autorisée.

Art. 8. — Aucun établissement d'enseignement privé, aucune association formée en vue de l'enseignement, ne peuvent être reconnus d'utilité publique qu'en vertu d'une loi.

Art. 9. — Toute infraction aux dispositions des articles 4, 5 et 7 de la présente loi sera punie d'une amende de 100 francs à 1,000 francs, et de 1,000 francs à 3,000 francs en cas de récidive.

En cas d'infraction aux prescriptions de l'article 7, l'établissement sera fermé.

Art. 10. — Sont abrogées les dispositions des lois, décrets, ordonnances et règlements contraires à la présente loi, notamment l'avant-dernier paragraphe de l'article 2 et les articles 11, 13, 14, 15 et 22 de la loi du 12 juillet 1875.

Conseil supérieur de l'enseignement. Un projet de loi sur la composition et les attributions du Conseil supérieur de l'instruction publique devenait ainsi nécessaire. En présidant, par ses avis, aux règlements ministériels concernant les examens, les concours, les programmes d'études et tous les arrêtés relatifs à l'instruction publique, comme la création des Facultés, l'avancement des membres du corps enseignant et leur discipline, et l'approbation des livres à in-

troduire dans les écoles, etc., il devenait indispensable d'en modifier le personnel. On sait que l'épiscopat y jouait un rôle prépondérant. D'après le projet adopté déjà par la Chambre des députés, il n'y aura plus sa représentation de droit, pas plus que le Conseil d'Etat, ni la Cour de cassation. Il sera composé d'hommes appartenant à l'Université.

En ce qui concerne la médecine, le projet donne place dans le Conseil à deux professeurs des Facultés médicales et à un professeur des Ecoles supérieures de pharmacie, élus au scrutin de liste par les professeurs titulaires et par les suppléants chargés de cours, agrégés en exercice et maîtres de conférences pourvus du grade de docteur.

La représentation directe de l'Institut et de l'Académie de médecine se trouve supprimée; mais ces hautes compagnies savantes ne peuvent manquer d'être représentées au Conseil par ceux de leurs membres qui y seront appelés par l'élection du Collège de France, du Muséum, des Facultés, etc., ou bien par la nomination réservée au Président de la République et qui est de neuf membres.

M. Ed. Millaud a obtenu, par un amendement, l'adjonction de trois délégués des collèges communaux, complétant, de la sorte, la représentation de tous les ordres d'enseignement.

Ce projet attribue en outre un rôle prédominant au Conseil supérieur dans les nominations professorales aux chaires vacantes, sans que le Conseil académique ait à intervenir dans la double présentation des candidats. Il aurait à dresser ainsi, tous les ans, le tableau des professeurs, tant de Paris que de la province, qui, par la nature et la spécialité de leur enseignement, seraient investis, en cas de vacance dans une chaire de leur spécialité, du droit de faire la présentation. Ainsi se trouverait désigné d'avance un jury qui présenterait deux candidats concurremment avec la Faculté intéressée.

Ce mode constitue certainement un progrès sur le système actuel de présentation; mais il ne saurait remplacer le concours public sur titres, dont la nécessité s'impose. Voy. CONCOURS.

Un essai de polyclinique des maladies des enfants a été tenté à Montpellier.

Chaires nouvelles. L'enseignement supérieur est augmenté de deux chaires au Muséum d'histoire naturelle : l'une de physiologie végétale, l'autre de pathologie comparée. Celle de physiologie, illustrée par Cl. Bernard, est confiée à M. Rouget, l'ancien professeur de physiologie à la Faculté de Montpellier.

On parle aussi d'ériger en chaire officielle le cours de botanique cryptogamique à l'Ecole de pharmacie et de doter la Faculté de médecine d'un enseignement de la toxicologie qui lui manque absolument.

Bourses dans les Facultés. Par arrêté ministériel du 28 mai, le concours a été institué pour l'obtention d'une bourse dans les Facultés de médecine et les Écoles de pharmacie entre les élèves réunissant les conditions suivantes :

Français âgés de dix-huit ans au moins, ayant déjà une année d'études et ayant obtenu la note *bien* à leur dernier examen, toutes ces conditions étant justifiées par des pièces authentiques. La position de la famille du candidat, l'énumération des succès obtenus dans ses études classiques, doivent aussi justifier à tous égards son admission au concours.

Fragments de philosophie médicale. Leçons d'introduction aux études cliniques, discours et notices, par M. Schutzenberger, professeur de clinique médicale à l'ancienne Faculté de médecine de Strasbourg. Un beau volume. Paris.

On trouve réuni, dans cet ouvrage magistral, toutes les vues de l'auteur sur l'enseignement médical, son organisation et les réformes qu'elle comporte, ainsi que sur l'exercice professionnel. Eclairées par son expérience de tout ce qui se fait en Allemagne à ce sujet, ces questions retrouvent de l'actualité dans les modifications croissantes données à cet enseignement. Le droit incontestable de l'Etat à intervenir dans l'enseignement supérieur n'est pas ici en question; c'est la liberté universitaire, l'autonomie des Universités, le droit de choisir leurs professeurs, d'élire leurs doyens et de s'administrer comme elles l'entendent, que revendique l'auteur et qu'il montre indispensable au progrès des études et de la science.

Enseignement de la gymnastique. Voici le texte du projet de loi adopté en seconde lecture à la Chambre des députés, sur le rapport de M. Barthélemy Saint-Hilaire :

Art. 1er. — L'enseignement de la gymnastique est obligatoire dans tous les établissements d'instruction publique de garçons, dépendant de l'État, des départements et des communes.

Art. 2. — Cet enseignement est donné dans les conditions et suivant les programmes arrêtés par le ministre de l'instruction publique, selon l'importance des établissements.

Art. 3. — Un rapport sur les résultats de la vérification faite, au moins une fois par an, par les soins du ministre de l'instruction publique, dans tous les établissements auxquels s'applique la présente loi, sera annexé au budget.

Art. 4. — La disposition de l'article 23 de la loi du 15 mars 1850, concernant la gymnastique dans les établissements publics, est abrogée.

Disposition transitoire. — La présente loi entrera en vigueur dans le délai de deux ans à dater de la promulgation.

Enseignement de l'obstétrique. Voy. ACCOUCHEMENTS.

Enseignement de l'otologie. Voy. ce mot.

Enseignement de la médecine opératoire. Une importante innovation s'est introduite il y a deux ans, à la Faculté de médecine de Lyon, sur l'initiative du professeur L. Tripier. Tous les médecins, jusqu'à quarante ans, étant susceptibles, en cas de mobilisation, d'être incorporés dans l'armée active ou l'armée territoriale, peuvent ainsi être appelés à pratiquer des opérations d'urgence. Et comme, d'après la statistique les opérations primitives faites avant la fièvre donnent une mortalité moindre qu'après, il est de la première importance que tous les blessés puissent être opérés immédiatement au besoin. En dehors de la partie théorique, le professeur a institué des exercices pratiques, manuels, sur le cadavre, familiarisant les élèves de 4e année avec la pratique de ces opérations. Répartis en séries de huit avec un répétiteur à leur tête, ils s'exercent tour à tour aux opérations qui leur sont indiquées, dans un ordre et d'après les procédés réglés d'avance. On comprend que, répétée ainsi par quatre ou cinq élèves, l'opération puisse ensuite être exécutée d'une façon irréprochable.

A quatre séances d'une heure et demie par semaine pendant trois mois et demi, 1955 opérations ont ainsi été pratiquées dans le dernier semestre, savoir : 684 ligatures d'artères, 421 amputations et désarticulations, et 850 bandages, ce qui donne, pour une moyenne de 36 élèves, 56 opérations pour chacun. (*Lyon méd.*, nº 46.)

C'est donc là une excellente amélioration de l'enseignement de la chirurgie. On est entré dans la même voie à Paris depuis le commencement de cette année, et il est à prévoir que cette pratique se généralisera dans toutes les Facultés.

Enseignement des femmes. La charte nouvelle qui ouvre tous les grades aux femmes en Angleterre est entrée en vigueur cette année. Jusqu'ici, l'Université de Londres n'accordait qu'exceptionnellement des diplômes spéciaux aux femmes. En 1879, 11 se sont présentées à l'examen d'immatriculation, qui correspond à peu près au baccalauréat ès lettres de l'Université de France. Une seule a été refusée; les dix autres ont été admises, neuf avec distinction (*honours*). Les jeunes gens ont été moins heureux : 252 ont été refusés sur 511 candidats.

Les Facultés des arts et du droit au collège de l'Université ont été, pendant le trimestre d'octobre à Noël, fréquentées par 225 demoiselles, dont 72 se consacraient exclusivement à l'étude des beaux-arts. Quelques-unes des classes sont limitées aux dames, mais la plupart sont mêlées.

En Hollande, ce sont surtout les pharmaciens féminins qui dominent. La mode en a été établie par Mlle Tobb, qui désirait se rendre utile dans la pharmacie de son père. Il y eut beaucoup de difficultés pour obtenir le titre, contraire à la loi; mais celle-ci a été modifiée, et le nombre des étudiantes en pharmacie est à présent très grand. Elles sont très recherchées et se recommandent par leurs habitudes d'ordre, leur propreté, leur soin. Des dames sont devenues ainsi très utiles dans le laboratoire de chimie, à l'Institut de technologie. C'est un travail pour lequel les femmes sont éminemment plus capables que pour la pratique de la médecine.

En Russie, une Faculté de médecine, dépendant de l'Université de Néva, a été établie à Odessa.

Une dame Gaillard, de Narbonne, a été reçue pharmacien à l'Ecole de médecine de Toulouse, après un brillant examen. C'est un fait qui ne s'était pas encore vu.

Enseignement aux Etats-Unis. Conformément à la résolution adoptée par l'Association des collèges médicaux des Etats-Unis, réunie à Buffalo en 1878, une convention a eu lieu le 2 mai à Atlanta, en Géorgie, à l'effet de statuer sur la proposition du professeur Gross : l'uniformité du stage et des conditions préliminaires pour les études médicales. Dix-sept collèges étaient représentés, et, après discussion, les deux articles suivants ont été adoptés à l'unanimité :

I. Tous les collèges médicaux exigeront la présence régulière aux cours pendant trois années consécutives avant d'admettre aux examens du doctorat.

II. Ils exigeront également avant la première inscription un examen préliminaire sur les éléments des sciences physiques justifiant d'une complète instruction classique.

Discutés librement et directement par les intéressés, ces deux articles ont été transmis à tous les collèges confédérés pour qu'ils aient à s'y soumettre. Et telle est l'autorité et la puissance du gouvernement personnel en Amérique, qu'en voilà assez pour que l'épreuve équivalente au baccalauréat et les trois années d'études soient uniformément établies, sans les longues discussions et les interminables lenteurs de l'administration européenne.

EPANCHEMENTS. Voy. PLEURÉSIE, THORACENTÈSE.

Epanchements du tissu cellulaire. Quand, à la suite des décollements traumatiques de la peau, il se fait un épanchement, Morel Lavallée admettait, en 1853, que la sérosité provenait de la rupture des vaisseaux artériels, veineux et lymphatiques, ainsi que de la déchirure des aréoles du tissu cellulaire. C'était pour lui une sorte d'hémorrhagie séreuse, analogue au suintement d'une plaie qui ne saigne plus, à la sérosité rougeâtre qui imbibe et colore le premier appareil dans les amputations.

Telles étaient les idées régnantes. Mais des observations récentes ayant montré que ces épanchements séreux sont souvent tardifs et ne se montrent parfois que plusieurs semaines,

des mois et plus d'une année même après le décollement traumatique de la peau, comme il en rapporte des exemples, M. Nicaise admet la nature inflammatoire de ces collections séreuses. Tous les orifices des vaisseaux capillaires étant rapidement oblitérés après leur déchirure, il y succède un phénomène irritatif, inflammatoire, comme dans la plaie qui ne saigne plus. Un bourrelet existant sur les limites de la cavité est l'indice évident de cette inflammation. Des lymphangites se montrent ainsi consécutivement comme la preuve de ce processus. Une sérosité rougeâtre avec flocons fibrineux, du sérum trouble et jusqu'à du pus en sont la confirmation. Des faits à l'appui justifient hautement cette interprétation clinique. (*Revue mens.*, août.)

C'est montrer, sans le dire, qu'il y a lieu, après les décollements traumatiques de la peau, d'insister topiquement sur les antiphlogistiques et les résolutifs, comme la chaleur, la compression, lors même qu'il n'y a pas d'épanchement immédiat, pour en prévenir la formation consécutive et la lymphangite surtout, qui en fait le principal danger, d'après l'observation de M. Verneuil. (Voy. LYMPHANGITE.)

ÉPIDÉMIES. L'épidémie de fièvre jaune qui a sévi si cruellement aux Etats-Unis, en 1878, a enfin éveillé l'attention de l'autorité publique pour parer au retour de semblables fléaux. Une loi, promulguée le 3 mars, a institué, sous le titre de *National board of health*, un comité central de salubrité, dont le siége est fixé à Washington. Il est composé de sept membres, nommés par le Président, avec l'agrément du Sénat, sans qu'il en puisse être choisi plus d'un dans le même État. Chaque membre reçoit cinquante francs par jour, outre ses frais, pendant tout le temps de son exercice. Un officier de l'armée et deux de la marine, un employé supérieur du ministère de la justice, désignés à cet effet par leurs chefs respectifs, y sont adjoints sans rémunération extraordinaire. L'Académie des sciences est également requise de lui prêter son concours.

Ce corps élit son président, qui le convoque et détermine tout ce qui est nécessaire aux Etats-Unis et à l'étranger pour l'exécution de la loi.

Les devoirs de ce corps sont d'obtenir des renseignements sur la santé publique et d'aviser les ministères respectifs des

mesures qu'il juge nécessaires pour la préservation et le perfectionnement de la santé publique.

Une somme de 250,000 fr. et plus, s'il est nécessaire, a été spécialement affectée aux dépenses du Comité, et 2,500,000 fr. pour l'exécution de cette loi. Parmi les mesures indiquées par le Comité élu, dans son rapport au Congrès, pour prévenir le retour de l'importation de la fièvre jaune, figure l'envoi de médecins sanitaires dans les ports étrangers d'où la fièvre jaune peut être importée par les marchandises ou les hommes aux Etats-Unis. Des médecins sanitaires seront également attachés aux stations quarantenaires pour inspecter et surveiller les provenances. Ces deux conditions sont posées comme indispensables pour prévenir toute importation de maladie contagieuse ou infectieuse.

Un organe hebdomadaire a aussitôt été créé pour recueillir et publier tous ces renseignements officiels, sous le titre français de *Bulletin*. Les employés de cette vaste administration sanitaire en seront les correspondants naturels, et il sera envoyé à tous les intéressés.

On peut juger, par ces détails, des vues larges qui président à cette nouvelle institution, avec celles qui régissent le *Comité central d'hygiène de France*, siégeant au ministère de l'agriculture et du commerce. Ici, tous les documents, les correspondances et les délibérations sont tenus secrets, enfouis dans les cartons, à moins qu'il plaise à l'oracle du lieu, le docteur Fauvel, lorsqu'il est stimulé par un grand danger public, comme la dernière explosion de peste en Russie, de faire une communication académique pour exposer ses vues et défendre ses desseins à ce sujet. Il ne parle alors que pour calmer l'émotion publique, rassurer le commerce, et ces rares communications ont ainsi tout le mérite de la nouveauté, presque l'attrait du mystère dévoilé. On conserve de la sorte tout son prestige et son autorité bien mieux qu'en communiquant au jour le jour les faits propres à éclairer les intérêts publics que l'on est chargé de sauvegarder.

Ne serait-il pas digne du ministre libéral et distingué qui préside actuellement ce département de changer ces traditions d'un autre âge, en rendant publics, par un autre Bulletin, tous ces documents sanitaires et épidémiologiques qui intéressent le monde entier?

Déclaration obligatoire en Belgique. Une épidémie de variole ayant sévi à Knesselaere, commune de 4,000 âmes, en 1878, au point d'atteindre 200 personnes dont 25 victimes, sans que la commission provinciale en ait été avertie ni que des mesures prophylactiques aient été prises, l'Académie de médecine de Belgique, sur le rapport de la commission des épidémies, a proposé au gouvernement, dans sa séance du 27 septembre, de prendre des mesures disciplinaires en pareil cas contre les fonctionnaires négligents ou récalcitrants, sans préjudice de l'action pénale à intenter par le ministère public, du chef d'homicide par imprudence ;

Que le médecin qui, dans sa clientèle, assistant au début d'une épidémie, aurait négligé par insouciance ou mauvais vouloir d'en donner connaissance à l'administration et la Commission médicale de la province, devrait être poursuivi d'office, du chef d'infraction grave à ses devoirs professionnels.

La Commission a réclamé, en outre, que des instructions spéciales, précises, uniformes pour tout le royaume, relativement aux maladies contagieuses, à l'isolement, à la désinfection, aux inhumations, à toutes les obligations imposées aux municipalités, soient adressées à celles-ci.

Traité des maladies épidémiques. Origine, évolution, prophylaxie, par Léon Colin, professeur d'épidémiologie à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires au Val-de-Grâce. 1879, in-8, XVIII-1032 pages. Paris.

Ouvrage considérable, divisé en cinq livres, comprenant toute la somme des connaissances nécessaires à l'analyse étiologique, à l'observation et au traitement prophylactique de l'ensemble des maladies épidémiques. C'est ce vaste programme constituant l'épidémiologie ou plutôt la médecine publique que réalise ce traité, en décrivant successivement les caractères généraux et la détermination des maladies épidémiques, leur étiologie, dont l'atmosphère est étudiée comme l'un des principaux éléments et remplace avantageusement le *génie épidémique*, mot vague et sans signification précise. La prophylaxie traite à la fois des moyens hygiéniques et des moyens administratifs, car le vrai progrès, dit l'auteur, c'est l'association de la prophy-

laxie hygiénique et de la prophylaxie administrative. De cet accord résulte un régime sanitaire plus rationnel et complet, dont on peut, au gré des circonstances, appliquer spécialement l'un ou l'autre élément, et grâce auquel les mesures quarantenaires, si aveugles et si imparfaites jadis, ont emprunté déjà à la prophylaxie hygiénique les principes fondamentaux de leur installation moderne.

Voy. **Diphthérie, Fièvre typhoïde, Peste.**

ÉPILEPSIE. S'il n'y a plus lieu de s'occuper du traitement thérapeutique de l'épilepsie essentielle, à cause de son incurabilité résultant de l'asymétrie fronto-faciale, comme le professeur Lasègue l'a proclamé devant l'empereur du Brésil, pour lui donner une consécration plus solennelle, il y a d'autant plus lieu de s'occuper des malheureux qui en sont atteints, pour les recueillir, les surveiller. C'est ce que M. Lasègue a fait le premier, comme une conséquence de sa loi fatale, en faisant connaître dans ses *Archives* l'asile privé où ils sont reçus.

L'abandon où sont laissés ces infortunés et l'interdiction de les recevoir dans les hôpitaux sont la cause de nombreux accidents et de meurtres dont ils sont les auteurs irresponsables. C'est ce que le docteur Lacour, médecin de l'hôpital de l'Antiquaille de Lyon, a montré dans un travail sur ce sujet. *De l'état actuel de l'assistance des épileptiques et de la nécessité de les hospitaliser*, par le docteur Lacour, médecin de l'hôpital de l'Antiquaille. Broch. in-8 de 40 pages. Voy. **Prix.**

Epilepsie nocturne. Sur 78 épileptiques observés par M. Echeverria pendant vingt mois consécutifs, 2896 attaques ont eu lieu entre deux et cinq heures du matin, tandis que 92 seulement ont eu lieu avant, c'est-à-dire depuis le premier sommeil, de dix heures jusqu'à une ou deux heures du matin. C'est aussi le matin ou au milieu de la nuit que la plupart des crimes sont commis par les épileptiques. Ces accès nocturnes laissent aussi, plus que ceux du jour, des manifestations physiques évidentes de leur passage. Ainsi il y a eu 77 fois incontinence d'urine sur 111 cas et 42 morsures de la langue, 63 fois des pétéchies sur la face et la poitrine avec ralentissement et dicrotisme du pouls le

lendemain matin, ou affaiblissement, engourdissement du corps, douleur de tête, sinon parésie d'un des muscles de l'œil, déterminant un strabisme convergent, ptosis, embarras de la prononciation avec tremblement de la langue et difficulté de la tirer.

L'élévation de la température centrale le soir de 0°,55 à 1°, 10 C. sur celle du matin serait, pour l'auteur, un signe prodromique de ces accès nocturnes. Il aurait pu même les prévenir par l'administration du nitrite d'amyle. (*Ann. méd.-psychol.*, mars.)

Hystéro-épilepsie. *Erosions du col utérin.* Des manifestations épileptiformes peuvent être sous la dépendance exclusive de maladies utérines qu'il suffit de traiter localement pour voir cesser les accès. Ce sont des phénomènes réflexes de ces lésions, et c'est pourquoi tous les remèdes qui ne s'y adressent pas directement échouent. C'est par la douleur du ventre que ce mal fut découvert chez une malade ayant des accès très fréquents et arrivée à un degré prononcé d'aliénation. Le docteur Ingelmann examina les organes génitaux et trouva le col sensible, avec quelques érosions. Il suffit de les cautériser avec l'acide nitrique et de placer un tampon glycériné dans le col pour voir cesser les attaques. C'est le troisième cas semblable qu'il observe.

Une enfant presque idiote et épileptique fut guérie spontanément par l'établissement de la menstruation.

Une femme épileptique depuis quatre ans, ayant été traitée d'une ulcération du col par le docteur Whorter, guérit aussi spontanément en deux mois.

La dysménorrhée, le vaginisme peuvent produire les mêmes accidents. Il y a donc lieu d'y porter toute son attention. (*Med. Record de Saint-Louis et New-York.*)

Contracture musculaire. Elle est provoquée à volonté sur les différents muscles avec une facilité, une intensité et une durée proportionnées à l'état plus ou moins prononcé de l'hystéro-épilepsie. (Voy. CONTRACTURE.)

ÉPITHÉLIOMA. *Étiologie.* La question de savoir si des causes banales, comme l'irritation, la brûlure, peuvent donner naissance à une dégénérescence spéciale, comme l'épithélioma, le lupus, rendue probable par certains faits

(voy. *année* 1876), acquiert de nouveaux éléments d'une solution affirmative par une observation récente. Appelé à diriger le dispensaire médical de Kashmir, dans l'Inde, pendant l'été de 1874 et 1875, le docteur Maxwell a été frappé, comme son prédécesseur dans cette mission, de la fréquence extrême de l'épithélioma chez les natifs. Sur 3924 malades venus au dispensaire, il en a observé 49 cas, soit 30 fois plus qu'en Europe et 117 fois plus qu'à Lahore. C'est ainsi qu'en 1873 il y en eut 86 cas observés à l'hôpital de Vienne sur 22,049 malades et 11 cas seulement sur 22,123 malades à l'hôpital de Lahore. Cette fréquence relative l'a amené à faire des remarques intéressantes à ce sujet.

La vallée de Kashmir étant un terrain d'alluvion, irriguée par une rivière considérable, forme un véritable champ de cancer, comme l'appelait Haviland. C'est un climat humide, dont les habitants, tous musulmans, vivent exclusivement de riz. D'une grande malpropreté, ils sont en proie à la syphilis, la scrofule, le lupus, le rhumatisme chronique, et notamment l'épithélioma...... de l'abdomen. Tandis que son siége ordinaire, dans l'Inde comme en Europe, est la langue, la bouche, le scrotum et le pénis, c'est l'abdomen et les cuisses à Kashmir. Sur 54 observations recueillies, il est signalé 27 fois sur l'abdomen, 15 fois sur la cuisse, 2 fois sur la partie inférieure des jambes; il siégeait une seule fois sur la lèvre, sur la langue et une fois sur le scrotum. Jamais le pénis circoncis ne fut trouvé envahi, et cependant les hommes figuraient, comme en Europe, dans la proportion énorme de 85 sur 100 malades.

C'est donc absolument le contraire de ce qui s'observe en Europe, puisque, sur 220 cas recueillis dans les hôpitaux de Londres et de Vienne, il existait 111 fois à la face, 22 fois sur la langue, 14 fois sur le pénis et 10 fois sur le scrotum, sans traces sur l'abdomen ou les cuisses où il est tout à fait inconnu.

Cet épithélioma local se présente ordinairement sous forme d'ulcérations irrégulières, circulaires ou ovales, larges comme les pièces de 1 à 2 francs, avec des bords indurés, renversés; la surface granuleuse, d'une couleur jaune grisâtre, donne issue à un peu de liquide purulent contenant parfois, à l'examen du microscope, des enveloppes ou four-

reaux caractéristiques de cellules épithéliales. La base en saigne facilement à la pression. Elle est très mobile et peu douloureuse au toucher. L'induration s'étend généralement en dehors de la plaie, et la peau est d'un rouge pourpre dans cette étendue. La douleur qu'elle provoque est comparée à des piqûres d'aiguilles.

Des spécimens conservés dans l'alcool, examinés à Londres après plusieurs mois de conservation par M. Pearce Gould, ont présenté, à la base des coupes, tous les caractères de l'épithélioma. Des masses de cellules épithéliales, contenant, dans chaque cas, des globes épidermiques plus ou moins intacts et nombreux, s'étendaient dans les tissus environnants, infiltrés de petites cellules arrondies ou leucocytes. Tout en variant de volume dans les différents spécimens, les cellules épidermiques étaient généralement volumineuses, bien moindres en général que celles de l'épithélioma de la lèvre ou du pénis. La nature spécifique de ces altérations ne peut donc être révoquée en doute.

Le plus intéressant est la cause qui y donne lieu. Tous les Kashmiriens, hommes, femmes et enfants, en raison de la rigueur de l'hiver et de l'insuffisance de leurs vêtements, portent avec eux un *kángri* ou chaufferette contenant de la poussière de charbon de bois ou de terre, qu'ils tiennent constamment appliquée pour se réchauffer contre leur ventre, étant debout, ou posé sur leurs cuisses lorsqu'ils sont accroupis. De là des brûlures fréquentes de la peau de ces parties et le développement de tumeurs épithéliomateuses qui s'ulcèrent et s'étendent à la longue comme on les observe. Ce rapport de cause à effet met donc la brûlure en évidence, comme elle existe en Europe pour l'épithélioma des lèvres chez les fumeurs de brûle-gueule et celui du scrotum chez les ramoneurs. Des brûlures de la face ont aussi dégénéré en lupus. (Voy. *année* 1876.)

Le caractère différentiel de cette dégénérescence épithéliomateuse à Kashmir est la lenteur de son développement et sa bénignité relative. Ces ulcérations mettent un à deux ans à se développer et ne paraissent qu'après l'âge de trente ans. Elles peuvent persister longtemps sans envahir les ganglions ni se généraliser. Leur excision est ordinairement suivie de succès. Les récidives en sont très rares, et l'on ne cite que vaguement quelques cas mortels. L'héré-

dité en paraît nulle. Beaucoup de malades ne cherchent même pas à s'en débarrasser. Ces épithéliomas provoqués sont donc moins malins que les épithéliomas spontanés d'Europe. (*Lancet*, n° 5.)

Épithélioma ou cancroïde de la face. *Dégénérescence de l'acné sébacée.* Il n'est pas rare de rencontrer, surtout chez les vieillards, une ou plusieurs plaques d'acné sébacée partielle, disséminées sur le visage, aux différentes phases de la maladie. Peu graves en elles-mêmes, ces plaques dégénèrent souvent et se transforment en cancroïdes ou *noli me tangere*, après plusieurs années, en offrant les modifications suivantes, rappelées par M. Audouard :

Il y a d'abord simple hypertrophie du follicule sébacé, puis distension de ses parois par l'accumulation de cellules épithéliales dans son intérieur, enfin rupture du follicule et envahissement des tissus voisins, où l'on voit des prolongements épithéliaux. C'est ainsi que les épithéliomas disséminés doivent être rattachés, pour la plupart, à l'acné sébacée partielle, dont plusieurs plaques ont subi une transformation cancroïdale.

De là l'extrême importance du diagnostic de cette variété d'acné. On la reconnaît lorsqu'un malade se présente, portant au visage une croûte grasse, qui, en tombant, laisse à découvert une surface rose pâle, luisante et huileuse, surtout si cette croûte se reforme plus ou moins rapidement avec les mêmes caractères. Souvent l'acné a été dénaturée par l'emploi de topiques plus ou moins actifs, et l'affection présente une physionomie spéciale; il faut rechercher alors, sur les limites du mal, les traces de l'éruption sébacée.

Au début, il suffira de faire tomber les croûtes et de modifier l'hypersécrétion sébacée à l'aide de topiques simples et de lotions émollientes répétées matin et soir. Mais lorsque l'affection est convertie en une surface ulcérée, l'emploi d'agents irritants peut avoir sur la marche de la maladie une influence fatale et devenir la cause occasionnelle de la transformation de l'acné en épithélioma.

Le chlorate de potasse rend souvent, à cette période, de très grands services par son administration interne à la dose de 3 ou 4 grammes, au moment des repas, et en lotions ou plutôt en applications permanentes sur les ulcé-

9.

rations, en solution très concentrée. Cette méthode, préconisée, il y a longtemps déjà, par M. Bergeron dans le traitement de l'épithélioma, a quelquefois produit des modifications heureuses et a pu même amener à la longue la guérison, alors qu'il s'agissait bien réellement d'ulcérations cancroïdales. L'acide acétique rectifié a également réussi.

Si le traitement médical échoue, le traitement chirurgical reste seul applicable. L'ablation à l'aide du bistouri semble préférable à l'emploi des caustiques; ceux-ci, en effet, ont une action incertaine et par suite quelquefois dangereuse. (*Thèses de Paris*, 1878.)

ÉRUPTIONS MÉDICAMENTEUSES. Ce titre est un signe des temps, c'est-à-dire des modifications apportées dans la thérapeutique. Lorsqu'il n'y avait que de rares spécifiques, comme le copahu et l'arsenic, le soufre, administrés exclusivement et à hautes doses ou d'une manière prolongée comme spécifiques de certaines affections, on ne connaissait que peu de ces éruptions. Celles produites par certains aliments, comme les moules, le thon et d'autres poissons, la charcuterie, dont la conservation ou la préparation laissaient à désirer, étaient plus communes et mieux connues. Depuis que, à l'exemple du sulfate de quinine comme anti-périodique, on ne recherche plus que la propriété spécifique des médicaments pour les opposer à des maladies spéciales, d'une manière persistante, exclusive, et à doses progressives, jusqu'à ce qu'elles produisent l'effet attendu, on en découvre chaque année de nouvelles. L'acné du bromure de potassium, les bulles du sulfate de quinine, les pustules des iodures alcalins, le purpura du salicylate de soude, l'érythème du chloral, etc., en sont des preuves. Découvertes tour à tour par l'usage exagéré de ces médicaments spécifiques, ces manifestations externes ne peuvent qu'augmenter sous l'empire de la méthode actuelle, car, loin d'être considérées comme morbides et le signe évident de la saturation de l'organisme pour cesser l'usage du médicament qui les produit, on persiste souvent à l'employer, et l'on passe outre pour en obtenir l'effet thérapeutique attendu.

Dès 1862, le docteur Guérard, interne et collaborateur de Bazin, et qui vient de mourir cette année en même temps

que son maître, soutenait sa thèse inaugurale, d'après les conseils de ce profond observateur, sur les *éruptions médicamenteuses pathogéniques*. Une autre thèse vient d'être soutenue sur le même sujet par le docteur Th. Deschamps, où les caractères communs et la marche générale de ces éruptions sont résumés. Une autre a été soutenue sur les éruptions spéciales produites par le chloral (Voy. *ce mot*), et différentes observations en ont révélé d'autres. De là l'indication de les faire connaître, car, dans certains cas, elles peuvent se confondre avec la maladie même.

Tout en ayant ordinairement des caractères distincts, suivant le médicament qui les produit, ces éruptions varient selon les aptitudes d'absorption, de tolérance et les idiosyncrasies individuelles. Des éruptions différentes sont ainsi produites par le même médicament. De là la difficulté d'en interpréter exactement la signification.

L'*érythème* est la manifestation la plus fréquente après l'administration du copahu, la belladone, le sulfate de quinine, la térébenthine, le datura, le proto-iodure d'hydrargyre, le bromure de potassium, le sirop diacode, les arsenicaux, auxquels on peut ajouter aujourd'hui le chloral. Mais ce n'est souvent là qu'une première phase, et d'autres éruptions peuvent s'accentuer ensuite pour plusieurs de ces médicaments, si l'usage en est continué et augmenté. Le copahu et le sulfate de quinine déterminent ainsi parfois une éruption bulleuse.

Les *éruptions vésiculeuses* sont produites par le bromure de potassium et les iodures alcalins, le cubèbe et le santonate de soude. Un mémoire sur ce sujet, avec douze cas, a été soumis au dernier congrès de l'Association dermatologique américaine, par le docteur Hyde, de Chicago, à propos d'un nourrisson de huit mois atteint d'*eczéma capitis*. Quatre grammes d'iodure de potassium ayant été administrés chaque jour, un *hydroa* apparut aux extrémités et aux fesses, puis disparut avec la cessation du médicament. D'où l'indication que, si des vésicules ou des bulles distinctes apparaissent avec l'eczéma et la syphilis, on peut les rapporter à l'usage préalable de l'iodure de potassium.

Sur une dame qui prenait du bromure de potassium à haute dose contre l'épilepsie par le conseil de M. Brown-Séquard, le docteur E. Wigglesworth constata des bulles

acuminées et ensuite confluentes, du volume d'un pois jusqu'à celui du bout du doigt, sur la cuisse d'un côté et au-dessous du genou de l'autre. Rebelle tant que le bromure fut continué, cette éruption disparut dès que l'usage en fut cessé. (*Boston med. and surg. journal*, septembre, nº 10.)

Les *éruptions pustuleuses* résultent aussi de l'usage des iodures, de l'arsenic et du bromure de potassium.

Des *papules* succèdent souvent à l'emploi de la liqueur arsenicale de Fowler et les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine.

Enfin des *éruptions hémorrhagiques* sont produites par le sulfate de quinine, l'iodure de potassium et l'acide salicylique. Une éruption très confluente et très tenace de purpura simple a été ainsi observée par le docteur Freudenberg chez un rhumatisant qui prenait cet acide à la dose de 25 grammes en trois jours. Des taches ecchymotiques, des pétéchies d'une grandeur variable, jusqu'à celle d'un franc, se montrèrent d'abord dans toute la région dorsale, puis sur les côtés du tronc et sur la partie antérieure du thorax. On cessa l'acide; l'éruption pâlit et disparut progressivement; le sixième jour, on pouvait à peine en découvrir les traces. On donna de nouveau l'acide salicylique, et l'éruption se reproduisit avec les mêmes caractères et le même siége que la première fois. (*Berl. med. Woch.*)

L'éruption de même origine, signalée par Leube, se présentait sous forme d'urticaire.

Un fait presque analogue s'est produit à la clinique du professeur Perroud, à la Charité de Lyon. C'était chez un enfant de douze à treize ans, atteint de rhumatisme articulaire aigu. Dès qu'on donnait les préparations salicylées, on voyait apparaître des épistaxis abondantes; on cessait le médicament, l'hémorrhagie ne se produisait plus. On le donnait de nouveau, l'épistaxis revenait. Si bien qu'on fut obligé de renoncer à cette méthode de traitement. (*Lyon méd.*)

Une *éruption scarlatiniforme* peut aussi succéder à l'atropisme.

Ces éruptions variées sont évidemment provoquées par le même procédé physiologique : l'élimination du médicament par la peau; mais ne varient-elles pas en raison de la

dose et de la persistance du médicament? La meilleure règle à suivre dès qu'elles se manifestent est donc de cesser l'usage de l'agent qui les produit ou d'en diminuer la dose, de même qu'on le fait lorsque des effets morbides analogues se montrent sur les reins, le cœur ou d'autres organes.

ÉRYSIPÈLE FACIAL. Il peut s'étendre par contiguïté à la bouche, la langue, les amygdales, le pharynx, les bronches et les poumons, en déterminant une véritable pneumonie érysipélateuse, c'est-à-dire l'érysipèle du poumon des anciens. Elle se distingue par sa marche rapide et des caractères anatomo-pathologiques spéciaux. Voy. PNEUMONIE ÉRYSIPÉLATEUSE.

Atrophie des nerfs optiques. Deux observations personnelles de cette lésion ayant été faites par le docteur Parinaud, il en a recherché d'analogues dans les auteurs et n'en a trouvé que six autres dans les recueils spéciaux d'ophthalmologie. C'est donc là un fait rare, à moins qu'il soit passé inaperçu ou que le rapport ait été négligé, ce qui n'est guère admissible, en raison de la fréquence de l'érysipèle de la face et de l'importance attachée à la perte consécutive de la vue.

D'après la relation de ces huit faits de dégénérescence atrophique de la papille, sans névrite appréciable, cinq fois elle a été limitée à un seul œil et trois fois aux deux. Dans les cas d'atrophie monoculaire, deux fois l'érysipèle avait été produit par une blessure légère de ce côté, sans intéresser l'œil, et l'inflammation y avait été plus prononcée ou limitée quatre fois sur cinq. Mais, dans aucun, il n'y a eu de phlegmon de l'orbite. On a signalé seulement la parésie du releveur de la paupière avec gêne des mouvements du globe et la saillie ou l'enfoncement de celui-ci.

C'est au moment de la convalescence, en entr'ouvrant les yeux, soit du cinquième au sixième jour, que la perte de la vision a été remarquée, d'autant plus exactement qu'elle était presque totale sans s'améliorer ensuite et que l'autre œil n'a jamais été atteint. Une atrophie considérable et précoce des vaisseaux de la rétine, comme dans l'embolie de l'artère centrale, a été observée par tous les auteurs. Ce n'est donc pas là une simple coïncidence.

Dans les trois cas d'atrophie double, au contraire, l'érysipèle spontané a envahi le cuir chevelu, sans gravité exceptionnelle des complications cérébrales, et le trouble visuel n'est apparu rapidement qu'après l'érysipèle, pour rester stationnaire ensuite. La cécité n'a pas été complète, sinon dans un cas pendant deux jours seulement, pour s'améliorer considérablement aussitôt et rester ensuite stationnaire. Des scotomes centraux ont été observés dans les deux cas où le champ visuel a été étudié. Il était rétréci dans un seul avec des échancrures périphériques, sans aucune particularité notable de la papille ni des vaisseaux. Un processus tout différent semble donc distinguer ces faits des premiers.

Les rapports de cette atrophie simple ou double avec l'érysipèle sont donc manifestes; mais une cécité monoculaire complète, rapide, indique clairement une lésion périphérique du nerf et il est d'autant plus permis de la rapporter à l'inflammation cutanée que celle-ci était presque toujours limitée de ce côté et que des altérations fonctionnelles des paupières et de volume du globe ont été signalées. L'inflammation en masse du tissu cellulaire de l'orbite, comme dans le phlegmon, ne peut être invoquée, mais l'auteur admet une inflammation du nerf optique se transmettant par la veine ophthalmique et la veine centrale de la rétine ou les lymphatiques qui les entourent. Il y rapporte cette atrophie plutôt qu'à la thrombose.

L'atrophie double, au contraire, est évidemment symptomatique d'une affection du système nerveux central. De là la céphalalgie fronto-pariétale, l'affaiblissement de la mémoire, les hallucinations sans délire et sans fièvre, des défaillances syncopales, des tremblements musculaires qui se manifestent dans ces cas.

C'est plutôt comme affection locale que comme affection fébrile que l'érysipèle semble retentir sur les yeux, car celui du cuir chevelu détermine le plus souvent ces complications. Encéphalite superficielle du pli courbe ou des lobes occipitaux, où les centres périphériques de la vision ont été localisés dans ces dernières années, sinon toute autre lésion, toujours est-il qu'elle diffère essentiellement de la première, quoique d'une origine commune. (*Archiv. de méd.*, juin.)

ÉTRANGLEMENT INTERNE. *Gastrotomie*. Elle a été pratiquée avec succès pour la première fois en France par M. Terrier, le 20 février, conformément à celle qu'il avait déjà faite l'année dernière. (Voy. OCCLUSION INTESTINALE, 1878.) Et cette guérison est d'autant plus notable qu'elle a été obtenue à la Maternité, sur une nouvelle accouchée. Vingt jours en effet après un accouchement normal et alors qu'elle servait comme infirmière, cette femme fit une chute, et l'on constata un empâtement dans l'un des culs-de-sac rétro-utérins. Elle fut prise ensuite d'une douleur abdominale très vive suivie de frisson intense. Tous les signes d'un étranglement interne se développèrent rapidement. Température normale à 37°. La malade se plaignait d'une douleur très vive, surtout à droite de l'ombilic. Après avoir essayé toutes les ressources médicales, M. Terrier pratiqua la gastrotomie par une incision de 7 centimètres sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic et d'après la méthode de Lister. Il s'écoula une certaine quantité de liquide séro-sanguinolent. Les anses intestinales étaient accolées les unes aux autres par des adhérences et distendues par des gaz. En les soulevant, M. Terrier sentit une bride sous laquelle s'engageait une anse de l'intestin grêle aplatie. Cette bride ne donnait pas de battements et se rompit en la tiraillant légèrement. Il ne s'écoula pas de sang. Au-dessous de la bride, l'intestin était vide et aplati, mais il n'y avait pas d'étranglement ni de sphacèle.

Après avoir détruit quelques adhérences et fait la toilette de la cavité abdominale, le chirurgien sutura la paroi par cinq points de suture profonde et trois points de suture superficielle. Sept jours après, la malade était complètement guérie, et, revue au commencement de juin, elle portait une ceinture pour soutenir la paroi, en vaquant à ses occupations ordinaires sans aucune difficulté.

Ce succès est naturellement attribué par son auteur au usage phéniqué employé dans cette opération, d'autant que M. Duplay, qui l'a pratiquée trois fois sans son usage, a perdu tous ses opérés. Mais, pour lui, le danger n'est pas tant dans l'opération que dans la recherche laborieuse du siége de l'étranglement intestinal. Comme point de repère, il conseille de rechercher la valvule de Bauhin; presque tous les étranglements internes siègent sur l'intestin grêle, à

peu de distance de la valvule iléo-cœcale. (*Soc. de chir.*, juin.)

Un second succès a été obtenu par le docteur Julliard, de Genève, chez une femme de quarante-huit ans ayant un kyste de l'ovaire avec des poussées de péritonite. Des accidents d'étranglement étant survenus, il pratiqua à la fois l'excision du kyste sans difficulté; mais, une péritonite étendue existant avec épaississement des tuniques intestinales et des membranes de nouvelle formation, il fallut déchirer et inciser en deux endroits différents pour lever l'étranglement.

L'opération, faite sous le nuage phéniqué, fut suivie de la toilette du péritoine et de la suture de la paroi abdominale. Tous les accidents de l'étranglement cessèrent aussitôt, et l'opérée eut des selles normales. Elle s'alimenta dès le lendemain. Fièvre presque nulle; température à 38°. Quinze jours après, la guérison était complète.

De la discussion élevée sur ce sujet, il résulte que la gastrotomie est préférable à la colotomie pour un anus contre nature. Sur cinq cas, M. Polaillon n'a eu aucun succès. Malheureusement, la cause de l'étranglement ne peut toujours être établie. L'invagination en est la plus fréquente chez les enfants. Sur neuf cas opérés par la laparotomie, il y eut quatre succès, d'après Adelman. Mais on rencontre parfois le cancer, qui exclut toute utilité de cette opération. (*Idem*, juillet.)

Beaucoup plus explicite est M. Lucas-Championnière sur les indications et les avantages de cette opération. L'ouverture du péritoine, faite sous le nuage phéniqué, ne serait rien, et la recherche même de l'obstacle n'aurait plus ni la gravité ni la difficulté qu'on lui suppose en faisant de bonne heure une incision assez étendue sur la ligne médiane, pour engager facilement la main, c'est-à-dire voir et toucher l'obstacle même. Le résultat en sera complètement modifié, changé dans ces conditions. Les deux succès de M. Terrier en sont la preuve, et c'est pour l'avoir pratiquée lui-même trop tard, après l'administration de séries de purgatifs et alors que l'intestin était profondément altéré, qu'il n'a pas réussi. L'expérience des ovariotomies démontre le peu de danger de la laparotomie; l'entérotomie en a bien davantage. C'est donc une excellente opération dans tous les étranglements réels. L'opportunité

de l'entérotomie n'est plus à discuter. Il faut rejeter les procédés qui font pénétrer à travers les muscles, par les parties latérales, sauf à pratiquer l'entérotomie en cas d'altération intestinale profonde. On arrivera ainsi, comme dans la hernie étranglée, à guérir tous les malades qui n'auront pas attendu la gangrène de l'intestin. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, août.)

De l'occlusion intestinale. Thèse inaugurale, par A. Bulteau. Paris, 1878.

Diagnostic et traitement forment les deux parties de cet opuscule. Rien de nouveau dans la première ; mais la seconde au contraire est consacrée aux indications de la gastrotomie ou la colotomie, qu'il faut pratiquer, suivant l'auteur, dès que les moyens médicaux ont échoué. 71 opérations ainsi faites ont donné 25 guérisons. D'où cette conclusion que, dans toute occlusion intestinale aiguë, sauf l'invagination, il faut recourir à la gastrotomie dès que les moyens médicaux ordinaires ont échoué.

C'est un signe des doctrines régnantes, depuis que la méthode antiseptique, l'incision du péritoine sous le nuage phéniqué ont rendu les jeunes chirurgiens plus hardis et plus heureux à cet égard.

EXERCICE. *Election des médecins des bureaux de bienfaisance*. Conformément à la loi, inappliquée jusqu'ici, du 10 janvier 1849, portant que les médecins attachés au service du traitement à domicile de l'assistance publique de Paris seront choisis au concours ou par l'élection de leurs confrères, un arrêté du préfet de la Seine, approuvé par le ministre de l'intérieur, a prescrit à tous les médecins de Paris de se réunir dans les mairies de leurs divers arrondissements le 23 mars pour procéder à cette élection. 1634 électeurs furent inscrits ; mais 763 seulement prirent part au vote. Un second tour fut même nécessaire pour le compléter dans deux arrondissements. Un an de résidence était seul exigé pour être éligible. Tous les anciens titulaires ont été confirmés par ce vote, sinon quelques démissionnaires. 160 sur 178 ont ainsi reçu ce témoignage de confraternité louable qui consacre à la fois leur capacité et leur honorabilité, en

les affermissant dans leur position pour quatre ans, par cette excellente mesure légale.

Ce mode d'élection par ses pairs, ses confrères, comme dit la loi, est bien préférable à la nomination directe par un maire ou un comité d'administrateurs. C'est un progrès qu'il serait injuste de méconnaître, autant pour le crédit, l'autorité des médecins que pour la sécurité des malades et de l'administration. La brigue et l'intrigue ont leurs entrées plus faciles dans le cabinet d'un maire ou de ses adjoints, voire même d'un préfet, que dans un collège électoral composé d'un grand nombre de confrères aptes à juger des mérites et des services des candidats, des concurrents.

Cependant n'eût-il pas été plus scientifique de recourir au concours public, comme offrant des garanties plus larges? Le principe en est aussi républicain que l'élection; mais l'exécution en était plus difficile, plus longue pour réunir les trois éléments indispensables de tout concours : candidats, épreuves et juges. Tout cela implique du temps et des dépenses, et c'est là sans doute ce qui a fait ajourner ce mode de nomination, pour avoir le loisir d'en préparer, d'en mûrir les voies et moyens. Mais il sera facile de les trouver dans une grande ville comme Paris, et ce recrutement offrirait aux jeunes médecins sortant des hôpitaux un moyen de faire valoir leur instruction clinique et leurs connaissances.

Médecins inspecteurs des écoles et des asiles communaux. Par délibération du Conseil général, un service médical a été institué, à partir du 1er juillet 1879, dans les écoles communales et les salles d'asile du département de la Seine pour inspecter l'hygiène de ces établissements, surtout au point de vue de la santé des élèves, des affections contagieuses et des épidémies en particulier. C'est une garantie que les familles n'ont pas dans la plupart des établissements privés.

114 places de médecins-inspecteurs, au traitement de 600 fr. par an, sont ainsi créées, dont 85 pour Paris et 29 pour les circonscriptions suburbaines. Le titre de docteur est exigé, et la durée de ces fonctions est de trois ans. La nomination est faite par le préfet, d'après une liste triple de

présentation dressée à l'élection par les médecins de la circonscription qui a eu lieu dans le courant de juin. N'eût-il pas été préférable de convoquer le corps médical en réunion confraternelle, afin que les concurrents, en se faisant connaître et en exhibant leurs titres et leurs capacités à ces fonctions, eussent pu ainsi justifier leur nomination? Un vote à main levée devant un délégué de la mairie eût suffi à cette élection dans une soirée, tandis que la plupart des rares votants ont dû le faire isolément, sans connaissance des concurrents ni de leurs titres. C'est une épreuve à perfectionner dans trois ans.

Concours des médecins aliénistes. Un autre arrêté institue au contraire le concours pour la nomination des médecins chargés du service des aliénés dans les quartiers des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière. C'est donc une garantie que cette mesure sera exigée plus tard pour les médecins des bureaux de bienfaisance. Les docteurs A. Voisin et Bourneville ont été les élus.

Les internes des asiles d'aliénés, choisis jusqu'à présent par simple faveur administrative, seront aussi désormais soumis au concours. M. Hérold, préfet de la Seine, a arrêté qu'il ne serait désormais nommé dans ces asiles aucun interne n'ayant pas subi les épreuves d'un concours régulier.

Une commision a été chargée, par arrêté préfectoral, de donner son avis sur le programme et les conditions du concours de ce nouvel internat.

Exercice en Algérie. Un troisième ordre de praticiens est créé en Algérie, d'après l'article 3 de la loi sur l'enseignement supérieur, ainsi conçu : « L'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger continue à jouir des mêmes droits que les écoles préparatoires du continent. Elle peut donner en outre des autorisations d'exercer la médecine en territoire indigène; un arrêté du ministre de l'instruction publique déterminera les conditions dans lesquelles pourront être obtenues ces autorisations, et des arrêtés du gouverneur général délimiteront les circonscriptions d'exercice. » Malgré un amendement du docteur Chevandier contre cette création rétrograde, cet article a été adopté à la Chambre des députés et de même au Sénat,

par le rejet d'un amendement analogue de MM. Roussel et Testelin. La loi devient ainsi exécutoire et voici qu'un troisième ordre de soi-disant médecins existe en France !

Exercice aux États-Unis. Un singulier projet de loi a été soumis à la législature du Texas. C'est d'obliger chaque médecin de cet Etat, sans égard à son âge ni à l'étendue de sa pratique, à se présenter tous les trois ans devant un jury d'examen. Et, à moins de prouver à la satisfaction du jury qu'il se tient au courant de la science, il sera considéré comme n'étant plus capable d'exercer et sa *licence* ou patente pourra lui être retirée. Que de fruits secs dans chaque Etat de l'Union seraient ainsi mis à la réforme! dit le journal médical du Maryland.

Exercice en Angleterre. Le Conseil médical anglais a décidément perdu tout crédit devant le gouvernement qui le consulte et le corps médical qui le paye, et l'on peut répéter avec la *Lancet* qu'il n'y a pas d'histoire plus frappante que la sienne de montagnes accouchant d'une souris : *parturient mountains bringing forth mice*. On sait que ses membres sont élus par les corps universitaires du Royaume-Uni pour les représenter près du gouvernement en tout ce qui touche l'enseignement et l'exercice de la profession. Après la résolution votée à une grande majorité dans la dernière session, sur la proposition de sir W. Gull, qu'il y avait lieu de réviser la constitution du Conseil pour la représentation *directe* des praticiens, il s'est réuni extraordinairement, le 18 mars, pour discuter à ce sujet. Diverses propositions tendant à faire voter tous les membres de la profession près des corps universitaires ou directement pour élire quatre à six représentants en dehors, sinon de les faire nommer par le gouvernement, ont été successivement rejetées, après huit jours de débats, et il ne s'est pas trouvé une voix pour appuyer ensuite la motion explicite de M. Macnamara approuvant l'état actuel comme représentant assez *fairly* toute la profession. Et la conclusion finale, votée à une grande majorité, a été que ce débat soit terminé. C'est donc un refus net d'une représentation directe des praticiens.

Après l'échec subi par ce Conseil dans l'uniformité de l'enseignement des examens et des grades, on peut juger de

son rôle et de son utilité. Ce qu'il veut, il ne peut l'accomplir; ce qu'on lui demande, il ne veut pas l'accorder. Il ne lui reste guère après cela qu'à se retirer, puisque le gouvernement en est réduit à agir sans son aide et contre sa volonté.

EXOSTOSES ÉPIPHYSAIRES. *Myotomie.* Il est de règle de ne pas toucher aux exostoses non douloureuses, à cause des accidents pouvant résulter de leur ablation par résection, excision ou fracture, et de la lenteur de la guérison. De là le précepte de s'assurer, lorsqu'elles déterminent de la douleur, si celle-ci est directe, causée par leur accroissement graduel, leur volume considérable, ou provoquée par la compression des filets nerveux, l'inflammation du tissu cellulaire de voisinage ou des bourses séreuses qui enveloppent l'exostose, ou la contracture des muscles. Les exostoses de développement aux membres, étant souvent pédiculées et en forme de crochet, peuvent ainsi provoquer des douleurs en dehors d'elles et plus ou moins éloignées, notamment la contracture musculaire. C'est pour la faire cesser que M. Ledentu a employé la myotomie. Deux adolescents, atteints d'exostoses de l'extrémité inférieure du fémur à la partie externe, ont été traités efficacement par la section du vaste externe du triceps et le tendon du fascia lata, en évitant avec soin l'articulation du genou. Dans un troisième cas, une myotomie sous-cutanée a fait cesser la contracture. Elle suffit ainsi quand cette contracture est simple et limitée à un ou plusieurs muscles pour amener la guérison. De là l'inutilité de l'ablation, surtout lorsque l'exostose est située en arrière ou en avant, à cause de l'arthrite de voisinage pouvant en résulter. (*Soc. de chir.*, mai.)

F

FECONDATION. *Détermination du sexe par la date de la conception.* On sait, d'après les expériences de Girou de Buzareigne sur divers animaux, que le sexe du produit dépend de la force relative du mâle ou de la femelle, et c'est conformément à cette observation que les médecins ont pres-

crit un régime tonique, azoté, et une continence relative à l'époux qui ne pouvait obtenir d'enfant de son sexe, afin de le rendre plus vigoureux. Il est vrai que le professeur Thury, de Genève, a modifié cette interprétation en montrant, d'après ses expériences sur les vaches, que la femelle, fécondée au début de l'époque du rut, donne *toujours* une espèce semblable à elle, tandis que c'est invariablement un mâle si c'est à la fin.

Vérifiée par Coste sur des poules et des lapins, cette théorie ingénieuse s'est trouvée démentie; mais on se demande comment l'époque du rut a pu être fixée chez ces espèces multipares.

Il n'en est pas de même chez la femme, en prenant la menstruation pour base. L'ovule représentant l'élément femelle, et le spermatozoaire l'élément mâle, suivant le docteur Heitzmann, de New-York, le sexe doit dépendre du plus ou moins grand nombre de spermatozoaires qui concourent à la fécondation : si l'œuf est fécondé par un nombre restreint de spermatozoaires, l'élément femelle sera en excès, et il en résultera une fille; si, au contraire, un grand nombre de spermatozoaires concourent à la fécondation, l'élément mâle sera prépondérant, et il en résultera un garçon. Maintenant, si l'œuf est très haut, s'il est encore sur l'ovaire ou sur les extrémités frangées de la trompe de Fallope, il est probable que bien peu d'éléments mâles parviendront jusqu'à lui; mais si, par contre, l'œuf est descendu, il a bien plus de chances alors de faire la rencontre de plusieurs spermatozoaires.

« Si donc la menstruation et l'ovulation sont dépendantes l'une de l'autre, comme on l'admet, la situation topographique de l'œuf peut être déterminée par la période menstruelle. Durant l'intervalle qui sépare deux époques cataméniales, l'œuf est dans l'ovaire. Immédiatement avant l'apparition des règles, il peut se trouver à la surface de l'ovaire ou sur les extrémités frangées des trompes de Fallope. A l'époque de la menstruation, l'œuf, descendu, se trouve dans l'oviducte ou même dans l'utérus.

« Les conséquences de ces phénomènes sont que, si le coït a lieu entre deux époques cataméniales ou immédiatement avant l'établissement des règles, l'œuf étant situé très haut, quelques éléments mâles traverseront seulement l'ovi-

ducte et arriveront à l'œuf ; tandis que, s'il a lieu immédiatement après la période menstruelle, l'œuf, étant descendu, a beaucoup plus de chances d'être imprégné par un nombre beaucoup plus considérable d'éléments du sperme.

« Les éleveurs de bétail prétendent que, s'ils veulent avoir une femelle, il suffit de la faire saillir au commencement du rut, mais que s'ils désirent avoir un mâle, ils attendent avant de faire saillir la femelle qu'elle ait été quelque temps en chaleur. »

Le Dr Swift fait suivre cet intéressant aperçu de vingt cas où sa théorie a été reconnue exacte. Dans douze de ces cas, il a prédit le sexe longtemps avant la délivrance, et sa prédiction s'est vérifiée. D'ailleurs, tous les cas cités par lui sont ceux où les dates exactes du coït et des époques menstruelles lui avaient été données d'une manière précise. (*Boston med. and surg. journ.*)

Ce qui toujours revient à ce fait, vu, constaté et soutenu par la majorité des observateurs dans l'espèce humaine, comme dans tout le règne animal, à savoir : que la sexualité est produite, déterminée, par celui des deux conjoints qui apporte la plus grande part d'action, de force, ou mieux encore qu'elle revient et appartient à celui qui fournit les éléments prédominants de cette fonction mystérieuse.

FIBROMES UTÉRINS. L'*extirpation vaginale* d'un fibrome extra-utérin par le professeur Van Derveer, d'Albany, montre bien la tendance actuelle des chirurgiens américains à préférer cette voie à l'incision abdominale. Une femme de trente-huit ans, alcoolique, et placée dans un asile, souffrait depuis longtemps en urinant, sans avoir jamais eu de métrorrhagie ni aucune affection utérine. L'examen fit constater la présence d'une tumeur, grosse comme une tête d'enfant, dans la paroi postérieure de l'utérus. L'ergotine fut administrée sans succès pendant six semaines, afin d'en provoquer la saillie ou la chute. L'opération suivante fut dès lors pratiquée le 17 décembre à l'hôpital d'Albany.

La femme étant placée dans la position de la taille, l'utérus fut poussé en avant et en haut, de manière à placer le col derrière la symphyse, et, la vulve étant entr'ouverte par un dilatateur métallique, une incision fut pratiquée dans la paroi postérieure du vagin. Elle permit ainsi, en

exposant la tumeur, de la saisir et de l'abaisser avec des pinces en rompant ses adhérences. L'usage d'un petit forceps fut néanmoins nécessaire pour l'amener dehors ; mais on reconnut qu'elle entraînait à sa suite l'utérus, le ligament large gauche et l'ovaire recouvert du péritoine. La capsule du fibrome fut divisée pour l'extraire, et, en la disséquant avec soin de toutes ses adhérences sans ouvrir le péritoine, l'utérus put être réduit et replacé dans sa position normale. Six sutures avec des fils de soie réunirent les lèvres de l'ouverture vaginale, et l'opérée fut ainsi transportée dans son lit.

L'opération avait duré une heure. La tumeur extirpée pesait 311 grammes, avec une autre plus petite pesant 13 gr. 6. Le vagin fut lavé journellement avec la solution phéniquée et le cathétérisme pratiqué pendant les trois premiers jours. Un lavement fut administré le huitième, c'est-à-dire après la chute des ligatures et la réunion de la plaie. Cinq semaines plus tard, l'opérée se promenait dans les salles. La menstruation se rétablit sans aucun trouble urinaire ni douleur dans le rectum, comme avant l'opération. (*Boston med. and surg. journal*, nº 14.)

Sans que l'insertion de ce fibrome puisse être précisée d'après ces détails, il est probable qu'il adhérait à l'utérus et s'était développé sous le péritoine. Ce serait une nouvelle voie pour l'extirpation des tumeurs fibreuses interstitielles de la paroi postérieure de l'utérus.

Ovariotomie normale. Dans les cas de fibromes utérins provoquant des métrorrhagies qui mettent la vie en danger, Hegar, ne pouvant pas obtenir la guérison autrement, a posé l'indication de l'ablation des ovaires comme moyen de tarir la source du sang. Et chez cinq nullipares au moins, âgées de trente-sept à quarante-quatre ans, sur lesquelles il a pratiqué cette opération radicale, il n'a eu qu'un seul cas de mort par péritonite septique. Les quatre autres femmes ont guéri avec cessation de la menstruation, c'est-à-dire disparition des hémorrhagies et diminution consécutive du volume du fibrome. C'est donc là un moyen d'en prévenir la dégénérescence en diminuant la vascularité.

Freund a échoué dans un cas semblable ; mais, sur onze cas collectés dans ses *Lessons in gynecology*, le pro-

fesseur Goodell, de Philadelphie, n'a trouvé que trois décès, l'extirpation des ovaires ayant été faite, dit-il, par l'incision abdominale. C'est donc huit succès, quoique le sort de l'opérée de Hegar, dont la tumeur, diminuant pendant cinq mois, avait augmenté à la suite d'une hémorrhagie, ne soit pas définitivement connu. L'auteur ayant obtenu un succès personnel encore plus remarquable, c'est donc neuf succès sur douze opérations ; aussi n'hésite-t-il pas à recommander l'extirpation vaginale des ovaires quand le fibrome est inopérable autrement et quand les autres moyens restent infructueux. (Voy. HYSTÉRECTOMIE, OVARIOTOMIE NORMALE.)

Electrolyse. Très usité aux États-Unis, l'emploi de ce moyen a été l'objet de réserves formelles de la part du docteur Chadwick contre les fibromes utérins, à l'occasion d'un cas de guérison soumis à l'*Obstetrical Society* de Boston, le 2 mars, par le docteur Bixby. Les dangers n'en doivent pas être méconnus, car, l'ayant employée contre un fibrome sous-péritonéal, gros comme une noix de coco, chez une grosse négresse, elle détermina de violentes douleurs et une hémorrhagie profuse. Les tentatives pour extraire la tumeur par le vagin ayant échoué deux petits électrodes furent introduits dans la tumeur à ravers la paroi abdominale, et le courant d'une batterie fut mis en action pendant dix minutes seulement. Trois heures après, une péritonite alarmante se déclarait, dont la malade ne guérit que difficilement. Aucun effet appréciable n'en fut produit sur la tumeur. De là les résultats désastreux obtenus par d'autres praticiens avec cette méthode et les merveilles qu'on lui attribue à tort, car la dilatation préalable du col explique bien mieux la diminution des hémorrhagies et de la tumeur, comme il en relate deux exemples récents. L'administration de quinze gouttes d'une solution d'ergotine, trois fois par jour, lui semble bien préférable contre les fibromes interstitiels. (*Boston med. and surg. journal*, nº 17.)

Courants intermittents. Les courants induits étant trop douloureux et les courants continus ne donnant que de mauvais résultats, le docteur Chéron a essayé leur intermittence. L'un des électrodes étant placé dans le col et l'autre sur la paroi abdominale, le courant est donné par une pile

Remak de 100 éléments au moins et interrompu à intervalles réguliers et de courte durée. Aucune douleur n'en résulte, et la tumeur diminue rapidement, en perdant sa vascularité, comme l'indique la disparition des hémorrhagies.

L'explication de ces effets est la contraction de tous les éléments musculaires traversés par le courant. Les vaisseaux utérins se resserrent ; les fibres utérines et celles du fibromyome la compriment et en diminuent le volume. Une sorte de massage en résulte, même par les contractions des parois abdominales et des muscles du bassin.

Sans se résoudre complètement, ce qui est impossible, la tumeur se transforme. Les fibres musculaires et les vaisseaux qui la forment peuvent subir la dégénérescence graisseuse et être ensuite résorbés ; mais le tissu fibreux persiste. Il devient même plus dense et se *sclérosifie* pour ainsi dire, en hâtant la disparition des autres éléments. La tumeur change ainsi de nature et devient purement fibreuse, c'est-à-dire bénigne, sans danger de dégénérescence, d'hémorrhagies ni de douleurs, ce qui équivaut presque à la guérison. (*Gaz. des hôp.*, nos 29 et 30.)

Indications de l'ergotine. Un résumé historique des cas où le seigle ergoté a été employé soit comme hémostatique, soit comme excitant de l'utérus, par le docteur E. Herman, les élève à 135, en y comprenant ses faits personnels, au nombre de dix-huit. Sur le nombre total, il y eut cent sept améliorations, dont quarante-trois avec diminution et même disparition du fibrome, c'est-à-dire guérison. Mais autant il est facile de constater l'effet de cet agent sur les hémorrhagies par la contraction de l'utérus et des vaisseaux, autant il est difficile d'apprécier exactement son action directe sur le volume du fibrome. La plupart des observations sont si incomplètes à cet égard que l'on n'en peut rien conclure de précis, sinon que cette action est très sensible et évidente dans certains cas que voici.

Les tumeurs molles, sanguines, vasculaires, hémorrhagiques, d'un développement rapide pendant la vie sexuelle, sont les plus manifestement influencées par l'ergot. C'est un fait noté par tous les observateurs. « Sur les huit cas d'Engelman, par exemple, cinq jeunes femmes de vingt à trente

ans, souffrant de tumeurs qui augmentaient rapidement, obtinrent des résultats très satisfaisants, tandis que les trois autres, âgées de plus de cinquante ans, portant des tumeurs dures et étendues, n'obtinrent que des effets presque nuls. »
C'est donc dans la période de développement aigu du fibrome que le seigle ergoté est le plus indiqué, d'autant mieux que sa propriété étant de provoquer la contraction de l'utérus et des petites artères, la compression qui en résulte sur le fibrome diminue d'autant la quantité de sang qu'il reçoit. La mollesse de la tumeur est signalée en effet comme l'un des symptômes frappants dans les cas où une diminution rapide de son volume a suivi l'usage du seigle ergoté. La clinique confirme ainsi la théorie. La plupart des malades chez lesquelles le bénéfice obtenu fut le plus marqué, dit Herman, étaient bien en deçà de la ménopause.

Au contraire, les tumeurs dures, volumineuses, anciennes, stationnaires, ayant subi des adhérences ou la dégénérescence graisseuse, surtout chez les femmes arrivées à l'âge critique, ne sont guère justiciables de cet agent. Sur dix-neuf cas de ce genre signalés dans la statistique précitée, l'action du seigle ergoté par la bouche ou de l'ergotine en injections hypodermiques fut nulle sur le volume du fibrome. Et, comme il est établi qu'à cette période de la vie de la femme les tumeurs fibreuses cessent en général de s'accroître, il est rationnel de ne pas les soumettre à l'action de l'ergotine.

Restent les cas imprévus où son emploi donne lieu à des accidents, toujours à redouter. Tels sont les douleurs contractiles de l'utérus, les abcès déterminés par les piqûres et même l'intoxication, qui obligent d'en suspendre l'usage chez un certain nombre de malades. (*Med. Times*, août, et *Archiv. de méd.*, novembre.)

Suppositoires d'ergotine. L'efficacité bien démontrée des injections hypodermiques d'ergotine en fait le plus puissant agent contre les fibromes utérins. Mais le danger des piqûres répétées et la suppuration qu'elles provoquent lorsque l'aiguille n'est pas enfoncée profondément dans le tissu musculaire, ont incité le docteur R. Bell à essayer l'action topique des suppositoires contre les fibromes interstitiels du

fond de l'utérus, perceptibles au toucher rectal. Chez deux femmes qui en étaient atteintes, il fit placer ainsi, chaque soir en se couchant, un suppositoire contenant 10 à 20 centigrammes d'ergotine, et, dans l'espace de deux à six mois, la tumeur avait diminué notablement, ainsi que les métrorrhagies, au point de se considérer comme guéries.

L'usage de ces suppositoires détermina, dans un troisième cas, l'expulsion d'un polype intra-utérin après trois semaines de traitement. C'est donc un encouragement à l'employer quand les injections sont mal tolérées ou provoquent des accidents. (*Lancet*, mars, nº 11.)

L'ergotine, en injections hypodermiques, ayant été trop douloureuse, Renton, sur les conseils du professeur Leishman, la prescrivit en suppositoires de 25 centigrammes deux fois par jour ; mais, les hémorrhagies continuant, il en prescrivit quatre par jour, et, au bout de quatre jours, les pertes diminuèrent beaucoup. L'examen direct établit la présence de l'ergotine dans le sang menstruel ; la potasse y fit apparaître l'odeur de poisson ; rien de semblable avec l'urine. (*The Practitioner*, janv.)

Fibrome compliquant l'accouchement. La conduite à tenir, en pareil cas, est parfaitement tracée par un exemple du docteur Blachez. La mère d'une enfant de cinq ans, dont l'accouchement avait été normal, est atteinte d'une leucorrhée très abondante dans les derniers mois de sa grossesse, et des douleurs lombaires avec métrorrhagie se déclarent le 24 juin. Le fœtus est vivant, et le toucher constate à 5 centimètres une tumeur volumineuse comme une grosse orange, très résistante, lobulée et saignant facilement. Le col est très haut, rejeté à droite et aplati par la tumeur. Sans être effacé, il admet le doigt. Après l'examen, M. Guéniot diagnostique une tumeur fibreuse adhérente au segment inférieur gauche de la matrice. On résolut d'attendre l'accouchement prochain pour aviser, en se bornant à faire tenir la femme au lit.

Le travail se déclare cinq jours après et marche rapidement. Prévoyant que la tête pourra se dégager, la tumeur étant refoulée en haut et pressée contre le pubis, on forme le projet de l'enlever aussitôt après l'accouchement.

Toutes ces prévisions se confirmèrent parfaitement. Le

fibrome descend avec la tête à la vulve, formant deux tumeurs de volume presque égal, la tête en arrière et le polype en haut, fortement pressé contre l'arcade pubienne. Le travail devenant très pénible, quelques inhalations de chloroforme sont données. Des incisions avec des ciseaux courbes libèrent les parties latérales de la vulve, extrêmement distendues, pour en éviter la déchirure. Aussitôt l'enfant expulsé, M. Guéniot jeta sur la base du polype, qui avait été retenu à l'extérieur, une anse de fil métallique, qui fut adaptée à l'écraseur. Dix minutes suffirent pour le séparer, quoique son implantation eût le diamètre d'une pièce de deux francs. Un tissu fibreux très résistant, criant sous l'écraseur, en formait la texture. Il n'y eut pas d'hémorrhagie, et la femme se rétablit parfaitement. (*Gaz. hebd.*, n° 26.)

FIÈVRES. *Hématurie.* Elle serait parfois le résultat de l'administration de la quinine, du moins en Grèce, d'après le professeur Karamitsas. Il l'a constatée chez une fille de douze ans et, à plusieurs reprises, chez un élève de son cours de pathologie qui, ayant éprouvé cet accident à la suite de l'administration de la quinine pour des fièvres intermittentes, s'offrit à faire l'épreuve de cette action à l'état sain. L'hématurie se produisit en effet à plusieurs reprises avec une intensité proportionnée à la dose. Il ne faut donc pas confondre la fièvre hématurique des pays chauds avec cette hématurie due à l'usage de la quinine. C'est une observation à confirmer. (*Bull. de thérap.*, 30 juillet.)

Fièvre de croissance. *Siége.* Tout le bruit fait cette année sur l'ostéomyélite des enfants et des adolescents devait naturellement conduire à y rapporter la fièvre de croissance, si commune et vulgaire, dont le siége n'était pas encore fixé. C'est ce que le docteur Bouilly a tenté. Considérant que cette grave affection des os dans le jeune âge — qu'elle soit périostite, ostéite épiphysaire ou ostéomyélite — résulte ordinairement de causes banales, traumatisme ou refroidissement, et que d'autre part la taille des adolescents s'accroît surtout à la suite d'affections fébriles, il admet qu'en dehors de la scrofule et de toute autre diathèse ou altération générale du sang, implicitement admise jusqu'ici, il se

fait une *poussée congestive dans la zone épiphysaire des os longs*, provoquée par une suractivité, une excitation extra-physiologique de leur accroissement. Ces poussées peuvent être apyrétiques et ne se traduire que par la douleur et l'accroissement de la taille ; mais à l'occasion d'une course ou d'une marche forcée, d'un exercice exagéré, de la fatigue, d'un refroidissement ou d'une affection insignifiante : comme angine, rhume ou embarras gastrique, il survient souvent un accès de fièvre extrêmement intense avec courbature, accablement, prostration, hors de proportion avec la lésion locale. C'est la fièvre ou maladie de croissance qui dure vingt-quatre ou trente-six heures au plus et se répète à divers intervalles, suivant les occupations, la nourriture et la résistance constitutionnelle de l'enfant, et peut aboutir même à une ostéomyélite grave, mortelle, si le lymphatisme et le surmenage du sujet l'y prédisposent. (Voy. JURISPRUDENCE.)

A l'appui de son interprétation, l'auteur dit qu'il existe, pendant ces accès et durant les deux ou trois jours suivants, une sensibilité très manifeste à la pression au niveau des grandes épiphyses, fémur, tibia, humérus, et une augmentation de un centimètre à un centimètre 1/2 de la taille, si l'on prend soin de la mesurer avant et après l'accès. C'est la forme observée par la plupart des auteurs et dont M. Bouilly rapporte plusieurs exemples, notamment celui de deux fillettes, âgées de sept et de treize ans, qui, après des accès intermittents, ont présenté un accroissement subit de 2 centimètres 1/5 en huit jours, avec douleur très manifeste des grandes épiphyses à la pression pendant l'accès. De même chez un garçon de cinq ans dont le maximum de douleur à la pression était dans la zone épiphysaire du fémur. Ce serait donc là la cause déterminante et le siège même de la fièvre de croissance. (*Revue mens.*, septembre.)

Fièvres intermittentes. Les dernières leçons du professeur Murchison, en portant sur ce sujet, en ont montré toute l'importance : *Clinical lectures on the causes of intermitting or paroxysmal pyrexia and on the differential characters of its several varieties*; 31 janvier et 7 février. L'emploi du thermomètre a montré, dit-il en commençant, qu'il n'y a pas de fièvres absolument continues. Il n'y a que des fiè-

vres rémittentes ou intermittentes. Celles-ci se distinguent par les trois stades caractéristiques de l'accès : frisson, chaleur et sueur, *cold*, *hot and sweating;* mais l'élévation de température en est le seul constant, car les deux autres peuvent manquer.

Beaucoup d'affections ont un caractère intermittent et sont marquées par des accès, sans être des fièvres, qui s'entendent spécialement de celles causées par la *malaria*. Les maladies à paroxysmes ou accès doivent donc en être distinguées avec soin, si l'on ne veut apporter une confusion fâcheuse dans l'emploi de ce mot ainsi que dans le traitement. Il les distingue, d'après leurs causes, sous les titres suivants :

I. Fièvres intermittentes paludéennes ou des marais.

II. Certains cas de fièvre typhoïde ou entérique.

III. Cas de fièvre rémittente ou *relapsing*.

IV. Pyémie ou fièvre purulente.

V. Accès produits par la formation du pus sans pyémie, comme dans les abcès du foie.

VI. Endocardite ulcéreuse et artérite avec ou sans embolisme.

VII. Tuberculose au début.

VIII. Lymphadénome.

IX. Fièvre syphilitique coïncidant avec les éruptions et la périostite.

X. Fièvre urinaire.

XI. Fièvre hépatique.

XII. Fièvre des morphiomanes.

C'est en montrant par des exemples, des observations cliniques, la forme intermittente de la fièvre et la périodicité des accès dans ces divers cas, que le savant pathologiste a mis en lumière la diversité d'origine de l'intermittence et la périodicité ressemblant à celle des fièvres paludéennes, sans parler des accès périodiques de douleur, de convulsions, de toux, etc., qui se répètent sans fièvre, à intervalles plus ou moins réguliers, et qui font aussi partie de l'intermittence. (*Lancet*, mai, nos 18 et 19.)

Addition de la morphine à la quinine. Elle a donné des résultats remarquables au docteur Lewis, dans le Tennessee. 50 centigrammes de quinine avec 2 centigrammes

de morphine ont jugulé plus sûrement un accès de fièvre intermittente que un gramme de quinine seule. Sur 461 cas de fièvres intermittentes, 317, traités par mélange de quinine et morphine, n'ont donné qu'un accès consécutif et une fraction en moyenne, tandis que 114, traités avec la quinine seule, ont été suivis de trois et une fraction. Les alcaloïdes secondaires du quinquina, la cinchonine et la quinoïdine notamment, pourraient donc être employés plus sûrement avec cette addition. (*Philad. med. Times*, septembre 1878.)

Injections de pilocarpine. Employées comme antagonistes du frisson dans sept cas par le docteur G. Griswold, afin de conjurer simplement l'accès, comme on l'a souvent essayé par des moyens très différents. La compression et la ligature des membres, les sinapismes, des ventouses sur l'épine dorsale, l'application du froid sur la peau, un violent exercice, l'administration de l'alcool, de l'opium, du chloroforme, ont été ainsi tour à tour employés au moment de l'accès pour le prévenir ou le faire avorter, en changeant ou modifiant profondément les conditions organiques. Mais, aucun de ces moyens n'agissant directement contre les stades de l'accès, il était intéressant de savoir si en arrêtant le premier, celui du frisson, on préviendrait les autres. Les sept cas de fièvre tierce, quarte ou quotidienne, guéris par une seule injection de pilocarpine, montrent que c'est là un véritable antidote du frisson, comme en témoigne l'exemple suivant.

John, trente ans, est admis à l'hôpital pour une fièvre intermittente tierce dont il est atteint depuis quinze jours. Un premier accès à l'hôpital, le lendemain de l'entrée, montra un frisson très marqué d'une heure de durée avec fièvre intense et faiblesse. Trois minutes après qu'il se montra dans l'accès suivant, une injection d'un centimètre cube de pilocarpine au 50e fut pratiquée sous la peau. Une minute quarante secondes après, le malade poussa un long soupir, et son frisson cessa. Une minute ensuite, sa peau était moite, la respiration normale, et, quarante-cinq minutes après, la température était à 99°,5 Fahr., soit 37°,7 C.

Le malade, gardé pendant quinze jours à l'hôpital, n'a présenté aucun accès fébrile, et cette seule injection a été

l'unique traitement curatif dans ce cas comme dans les six autres. C'est donc là un moyen à essayer dans les contrées paludéennes, car la pilocarpine est un antagoniste direct du frisson qui commence l'accès et met ainsi fin à celui-ci. (*New-York med. Record*, août.)

Un succès semblable a été obtenu par Rokitanski chez un homme atteint pour la quatrième fois de fièvre intermittente quarte. Deux injections ont suffi, en arrêtant le frisson, à mettre fin aux accès. (*Archiv. de méd.*, septembre, p. 321.)

Cédron, succédané du quinquina. L'amande appelée noix ou fève de cédron est, suivant le rapport de l'amiral de Lapelin, employée avec succès par les Indiens de l'Amérique centrale contre les fièvres qui règnent sur les côtes pendant l'hivernage. L'emploi en est des plus simples. On en râpe gros comme un pois sec pour une dose ordinaire que l'on avale dans une cuillerée d'eau-de-vie ou un demi-verre d'eau sucrée. Les Indiens la prennent durant le frisson, mais on l'administre aussi entre les accès, comme la quinine, en la renouvelant, comme celle-ci, les jours suivants. C'est ainsi que s'étant procuré de ces amandes à Costa-Rica, pendant sa campagne d'exploration hydrographique, l'amiral en envoya à sa famille, dans le canton de Chambon (Creuse), où elles furent employées avec un grand succès contre les fièvres locales. Sur sa demande, le docteur Saint-Pair en employa également à la Martinique avec des résultats satisfaisants. Le prévôt de l'hôpital de la marine, à Port-de-France, l'employa même à haute dose contre un accès *primitif, très grave* et qui guérit. A Rochefort, le docteur Quesnel, directeur du service de santé, expérimenta aussi ce nouveau remède et lui « trouva les mêmes avantages qu'au sulfate de quinine sans ses inconvénients. Il ne provoque pas de bourdonnements d'oreilles. » La mort prématurée de ces deux médecins distingués mit malheureusement fin à leurs expériences et ne permit pas d'en publier les résultats.

Le docteur Coignard, ayant reçu une petite provision de ces amandes, en a fait expérimenter l'usage dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, à l'hôpital Saint-Antoine. Deux malades atteints de fièvres intermittentes, contractées l'une en Corse, l'autre à Rochefort, et qui étaient rebelles au sul-

fate de quinine, y ont été soumis, en leur administrant 50 centigrammes de poudre de cédron en deux fois chaque jour. On augmenta jusqu'à un gramme les jours suivants pour diminuer cette dose à la moitié dès que les accès furent disparus. Une amélioration ne tarda pas à se manifester, et ces malades sortirent guéris, l'un après douze et l'autre treize jours de traitement.

Ce résultat, auquel s'ajoute un troisième cas en traitement, est donc des plus encourageants et permet d'espérer que l'on touche enfin au véritable succédané de la quinine. Or, si l'on considère que l'amande du cédron est un fruit annuel, qui peut être produit en quantité indéfinie par son acclimatation facile dans nos Antilles, comme il croît déjà à la Trinidad et à Cayenne, on peut prévoir l'importance de cette découverte. Tandis que les quinquinas, par l'énorme consommation qui s'en fait, tendent à disparaître, malgré les plantations qui ont lieu dans l'Inde par les Anglais et à Java par les Hollandais, il serait du plus utile secours que le cédron pût les remplacer, secours d'autant plus précieux que son emploi à l'état naturel interdit la fraude.

Au point de vue historique, le cédron n'est pas précisément nouveau à Paris. Il y a trente ans qu'un mémoire a été présenté à l'Académie de médecine à ce sujet, et l'on sait qu'il appartient aux espèces Simaba, des Rutacées simaroubées. M. Stanislas Martin, par l'analyse de ces amandes, en a même obtenu un alcaloïde, la cédrine. Mais, comme beaucoup d'autres médicaments, celui-ci est injustement tombé dans l'oubli depuis. Au moment où il est question d'entreprendre le percement de l'isthme de Panama, terre endémique, il est donc opportun de rappeler l'attention sur ce puissant succédané du sulfate de quinine, qui se trouve encore cette fois placé à côté du mal.

De même que Lœwig a extrait de ce fébrifuge un principe cristallisable en aiguilles, plus amer que la strychnine, le savant chimiste de Troyes, M. Tanret, paraît en avoir découvert le véritable alcaloïde, la cédronine, dont l'activité est telle qu'elle agit à la dose de un milligramme. (*Soc. de thérap.*, juin, et *Journ. de thérap.*, nos 12, 13, 16.)

Fièvre typhoïde. L'adynamie, parfois si profonde au début que l'on peut douter de l'exactitude du diagnostic,

est provoquée, suivant Sir W. Jenner, par les efforts faits par le malade pendant la période prodromique, pour ne pas s'aliter ni interrompre son travail et combattre ce qu'il croit n'être souvent qu'une courbature ou un simple refroidissement. Les praticiens doivent tenir grand compte de cette cause dans l'appréciation et le pronostic de ce grave symptôme. (*Address à la Middland Society*, novembre, et *Lancet*, nº 20.)

Infection par le lait? Après les recherches et les débats académiques sur l'origine fécale (voy. *année* 1877) et l'influence des eaux altérées sur la production de la fièvre typhoïde, voici celle du lait. Plusieurs épidémies graves lui ont été attribuées dans ces dernières années en Angleterre, celle de Bristol et de Manchester notamment. A Glasgow, 163 cas furent observés et l'alarme en résultant fit ordonner l'inspection des laiteries par le Parlement. Il faut donc prendre cette cause au sérieux. Voici à cet égard les résultats de la dernière enquête faite minutieusement par le docteur Ballard sur l'épidémie d'Ascot.

Aucune épidémie typhoïde n'avait régné dans cette localité, au souvenir du plus vieux praticien, remontant à quarante ans. Et, tandis que les autres épidémies attribuées à l'altération du lait consommé n'avaient duré que quelques mois, celle-ci dura quatre ans et demi, avec des intermittences de diminution et de recrudescence. A peu d'exceptions près, les victimes faisaient usage du lait de la même ferme, et quoique des mois se soient parfois écoulés entre la manifestation des cas successifs dans la même famille, la source du mal fut invariablement attribuée à une altération intermittente du lait. Il s'agissait donc de la constater et de la déterminer.

On la trouva d'abord dans la contamination par les matières fécales, la malpropreté du lait; mais cette origine ne pût être constatée de nouveau. La source du contagium fut alors cherchée dans l'eau avec des résultats négatifs, et l'expert en fut réduit à imaginer une ingénieuse théorie sur la formation géologique pour expliquer l'infection par l'eau du sous-sol et l'intermittence des explosions. L'infection directe par les vaches ne fut pas même examinée.

Sauf cette coïncidence remarquable que sur les 68 vic-

times de cette épidémie, dont 36 étaient des enfants ou des jeunes personnes, 58 appartenaient à 31 familles faisant usage du lait de la même ferme, aucune raison positive n'autorise donc à attribuer la maladie au lait. Pour qui connaît les habitudes anglaises, il peut bien n'y avoir là qu'une simple coïncidence. (*Sanitary Record*, janvier.)

Contagion par les eaux. Une épidémie de fièvre typhoïde observée par le docteur Lécuyer, à Beaurieux (Ain), a mis en évidence l'influence nocive des eaux altérées, coïncidant avec le surmenage, l'encombrement et la misère des populations. Un ruisseau, servant dans tout son parcours aux besoins journaliers des riverains, traversait le pays, à l'entrée duquel un lavoir public existait. Une boulangère, surmenée dans son travail, est la première atteinte le 13 juin, et un mois après, toutes les maisons bordant le ruisseau sont successivement envahies. 84 malades, soit le septième de la population, sont atteints avec une mortalité des trois cinquièmes.

Les praticiens des campagnes ont du reste remarqué depuis longtemps que le plus souvent, comme dans ce cas, c'était après la moissou, pendant laquelle l'homme des champs travaille beaucoup plus, que se développaient les maladies et que la fièvre typhoïde sévissait. D'où l'indication d'éviter le surmenage et de ne permettre l'établissement de lavoirs sur un cours d'eau qu'à la sortie du pays, de manière à ne pas en contaminer les eaux ni les effluves par le dépôt des ordures publiques. (*Soc. de méd. publique*, mai.)

L'*albuminurie* qui apparaît au début, soit dans la première semaine, si elle ne résulte pas d'une lésion antérieure des reins, annonce toujours une gravité redoutable, selon le professeur Da Costa, car elle résulte alors d'une altération précoce du sang, qui y donne ordinairement lieu à la fin. (*Med. and surg. Reporter*, février.)

Altérations du système lymphatique. Dans leurs observations cliniques sur les manifestations cérébro-spinales de la fièvre typhoïde, dont ils rapportent cinq exemples, MM. Fernet et Letulle remarquent que, si les lésions sont indubitable-

ment généralisées à tous les tissus, les altérations anatomiques intéressent spécialement le système lymphatique. Tels sont les plaques de Peyer, les follicules clos et les ganglions mésentériques dans l'intestin, les organes lymphatiques de la muqueuse laryngée et les ganglions bronchiques dans l'appareil respiratoire, le tissu conjonctif sous-arachnoïdien et les gaînes périvasculaires dans l'encéphale. Il y a donc, au point de vue anatomique, unité de la maladie dans la lésion primordiale de ce système dans les divers appareils où elle se manifeste principalement, quoique atteint avec plus ou moins de prépondérance selon les diverses formes. (*Arch. de méd.*, mars.)

Périostite. Après toutes les complications graves, déjà signalées, de la fièvre typhoïde, en voici une nouvelle, introduite par le docteur M. Mercier, aide-major. Nouvelle n'est pas précisément le mot, car plusieurs auteurs ont parlé de l'inflammation du périoste dans le typhus abdominal grave, mais sans la rapporter directement à cette infection spéciale, ou du moins en la confondant avec les autres fièvres continues. Le docteur Keen, de Philadelphie, paraît le premier s'en être occupé, en réunissant 50 observations de ce genre, dont 19 de fièvre typhoïde; ce qui indique une fréquence assez grande de ces cas. 6 nouveaux, observés par M. Mercier en 1876 et 1877, confirment cette fréquence relative et indiquent qu'il sera facile d'en préciser la nature.

Sur 12 cas, cette périostite n'a été unique que 2 fois et multiple dans les autres, mais 8 fois, elle n'a atteint que les membres inférieurs. Elle se manifeste toujours pendant la convalescence, c'est-à-dire trente à cinquante jours après le début de la fièvre et lorsqu'elle a cessé. Elle ne réveille pas de mouvement fébrile et se borne au gonflement douloureux du périoste avec une température de 36 à 37°. Le membre commence par être engourdi, lourd et même impotent. La douleur n'apparaît que du quatrième au huitième jour, sans rougeur ni chaleur, l'os ne paraît pas malade, et, sur les six jeunes soldats atteints, un seul en est mort. Les résolutifs, vésicatoires, badigeonnages d'iode, ont donné le meilleur résultat. (*Revue mens.*, janvier.)

N'est-ce pas là une affection analogue à l'ostéo-périostite

des adolescents, moins son extrême gravité? La jeunesse de tous les malades, leurs fatigues antérieures, leurs symptômes initiaux, présentent du moins une certaine analogie, moins leur gravité croissante. On a vu plus haut que M. Bouilly en fait le signe et le siège de la *fièvre de croissance*. Mais telle n'est pas l'opinion de l'auteur, qui en fait une complication spéciale de la fièvre typhoïde, comme la gangrène des extrémités.

Diarrhée. L'abus du lait, si fréquent en Angleterre, comme boisson des typhiques, est signalé par Sir W. Jenner, comme une cause réelle de diarrhée, aussi bien que les autres aliments en excès. Quand on sait que chaque pinte de lait, dit-il, contient autant de matières solides qu'un bouillon de mouton, on ne peut s'étonner que des troubles intestinaux en résultent. Il préfère l'usage de l'alcool, à la dose de quatre à huit *ounces* dans les vingt-quatre heures, comme stimulant du système nerveux, non au début, mais à la fin de la maladie, surtout quand il y a délire, rêvasseries par faiblesse, dépression, adynamie, en s'en abstenant quand l'indication n'est pas précise. (*Address à la Middland Society*, novembre, et *Lancet*, n° 20.)

Abcès lombaires. Le typhique est souvent pris, surtout au déclin de la maladie ou au début de la convalescence, de frissons, d'exacerbation de la fièvre, sans qu'aucun organe en rende compte. Ces accidents sont souvent produits par le développement de petits abcès multiples et superficiels de la région fessière ou lombaire, résultant du décubitus prolongé, comme les eschares. Mais le malade, dans son apathie et sa faiblesse, n'en accuse pas de douleur et est incapable de mettre le médecin sur la voie, s'il n'y regarde.

L'*œdème indolent des pieds*, plus évident à l'inspection, est, suivant le docteur Millard, un signe qui décèle de bonne heure ces abcès. Il s'est ainsi rencontré chez quatre typhiques observés par M. Cuffer, interne à l'hôpital Beaujon, et vers le dixième jour chez un garçon de dix-sept ans, dans la clinique du professeur Peter.

Ce signe a donc son importance, en éveillant l'attention sur ces abcès dont les conséquences peuvent être si graves pour les malades si on ne les incise. En palpant la région

lombaire, on trouve des nodosités profondes, dures, souvent indolentes et grosses comme des noisettes, qui peuvent, en s'étendant et se réunissant par la compression à laquelle elles sont soumises, former des collections purulentes très abondantes, décoller les tissus et fuser au loin, comme l'un des cas précédents en a fourni l'exemple. L'épuisement consécutif, l'infection purulente, les eschares, auxquels les malades sont exposés dans ces circonstances, doivent donc y faire porter la plus grande attention. (*Soc. clinique* et *France méd.*)

Hématocèle péri-utérine. Quatre exemples de ce redoutable accident, observés chez des typhiques, mais non vérifiés par l'autopsie, semblent appeler l'attention à ce sujet, d'autant plus qu'il peut se confondre avec la perforation intestinale ou la simuler. La probabilité s'en trouve dans la guérison de celle-ci. Sur 14 observations, 11 se rapportent ainsi à des femmes de dix-huit à quarante ans et 3 à de jeunes garçons, tandis que l'homme, qui présente le plus souvent cette perforation, n'en guérit jamais. C'est donc là un point intéressant à étudier. (*Etude sur l'hématocèle péri-utérine survenant dans le cours de la fièvre typhoïde*, par le docteur Marius Guyot, Paris.)

Vergetures des membres. Analogues à celles du ventre des femmes enceintes, ces vergetures s'observent spécialement, selon M. Bouchard, dans la convalescence et chez les adolescents en particulier, sous l'influence anormale de la croissance. Elles se manifestent spécialement au niveau des grandes articulations, celles du genou et du coude, dans le sens de l'extension. Ces vergetures sont indélébiles. (*Soc. clinique de Paris*, janvier.)

Fièvre typhoïde des enfants. Elle est si rare dans la première enfance, que le plus souvent le diagnostic n'est pas porté, à moins que la contagion, l'épidémie, la maladie de la mère ou de la nourrice n'éveillent l'attention. Un enfant de 14 mois est ainsi envoyé à l'hôpital de Nancy, par le médecin du bureau de bienfaisance, avec le diagnostic de choléra infantile. La diarrhée et la somnolence avaient été les traits dominants. A l'arrivée, le 2 juillet, il

est dans l'algidité et succombe quelques instants après. L'autopsie, pratiquée le lendemain, montre toutes les glandes de Peyer ulcérées, réticulées et molles, les ganglions mésentériques tuméfiés, sans autres lésions. C'était donc une fièvre typhoïde.

Dans une leçon sur ce sujet, le professeur Bernheim a rappelé les cas analogues authentiques existant dans la science. Souvent, la fièvre typhoïde dans la première enfance est marquée par les symptômes dominants de la broncho-pneumonie. Il faut donc rechercher avec soin les taches rosées sur l'abdomen. (*Revue méd. de l'Est*, n° 21.)

Fièvre jaune. *Transfusion du sang nègre*. L'immunité du nègre à la fièvre jaune a suggéré l'idée au docteur Gaillard, en rade de la côte orientale d'Afrique, de proposer l'emploi de ce moyen énergique pour essayer d'obtenir la guérison, mais sans aucune autre base de succès. (*Journ. de thérap.*, n° 9.)

Fièvre puerpérale. A la dénégation énergique et assurée de M. Hervieux qu'elle ne saurait être produite par un vibrion, un microbe quelconque, parce que, loin d'être général, universel comme ce germe vivant, le miasme puerpéral ne se manifeste que localement, sans aucune solution de continuité pour son entrée dans l'organisme, — toutes objections à peu près sans démonstration, — M. Pasteur a répondu immédiatement par des faits positifs. Une femme accouchée depuis quelques jours, dans le service même de M. Hervieux, à la Maternité, était en proie à une fièvre puerpérale très caractérisée ; la mort était certaine et eut lieu en effet quatre jours après. Eh bien, les lochies très fétides de cette femme, quatre jours avant sa mort, étaient remplies de microbes divers, mobiles ou immobiles, au nombre desquels se trouvait en grande quantité un organisme en grains sphériques, associés de deux à quatre ou plus et formant ainsi des chapelets que M. Pasteur a dessinés au tableau devant l'Académie.

Le sang recueilli au doigt de cette femme par une piqûre d'épingle n'offrait que d'une manière douteuse la présence de cet organisme ; mais, ensemencé dans un milieu de culture, il donna un développement sans mélange de microbes

d'une autre nature, c'est-à-dire de ce même organisme formé de couples de grains ou de grains de chapelets.

Deux nouvelles cultures du sang eurent lieu encore pendant la vie, puis sept heures et trente-deux heures après la mort. Ces dernières se firent par une gouttelette prise au pied et par du sang de la veine fémorale; le résultat fut le même : développement à l'état de pureté du même organisme.

A l'autopsie, le pus de l'utérus, des trompes et des lymphatiques contenait également cet organisme, mais associé à d'autres, sous forme de points, de très petits bâtonnets, quelques-uns mobiles.

Les mêmes résultats furent obtenus non seulement avec le sang et les lochies d'une femme morte également de fièvre puerpérale très grave dans le service de M. Raynaud, à l'hôpital Lariboisière, mais avec du pus pris à l'aide d'une ponction dans la cavité péritonéale. Toutefois la culture de ce dernier a donné, outre l'organisme en grains de chapelets, et associé à ce dernier, le très petit microbe en bâtonnets étranglés, signalé comme un générateur très actif du pus par M. Pasteur.

En opposition avec ces données, M. Feltz dit avoir rencontré dans le sang d'une femme morte deux jours après, de fièvre puerpérale, à Nancy, un nombre considérable de filaments immobiles, simples ou articulés, transparents, droits ou courbes, que l'on retrouva ensuite dans le sang du cadavre. Inoculé à des cobayes, ce leptotrix a déterminé la mort par asphyxie lente, et, cultivé dans l'urine alcaline, il s'est reproduit avec une effrayante multiplication. (*Acad. des sciences*, mars.)

Ce leptotrix différant des microbes rencontrés par M. Pasteur, celui-ci a envoyé au savant expérimentateur de Nancy des cobayes inoculés avec la bactéridie charbonneuse; ceux-ci, étant morts, ont présenté dans leur sang les mêmes microbes trouvés dans le sang de la femme précédente. Elle était logée près d'une écurie, et ce fait suffit pour supposer qu'elle était morte du charbon au lieu de la fièvre puerpérale. Le moindre microbe est ainsi placé au-dessus des meilleurs signes cliniques. C'est le courant du jour.

Quoi qu'il en soit, M. Pasteur insiste sur cette circonstance que ces microbes sont des plus communs; on les

trouve partout ; il est facile notamment de les extraire des eaux communes ; et c'est pourquoi il incline à affirmer que c'est dans la présence d'organismes microscopiques associés au pus, et venus du dehors, que devra désormais être cherchée de préférence l'étiologie de la fièvre puerpérale. Aussi s'empresse-t-il d'ajouter, comme conclusion finale, qu'à son sens on devrait proscrire l'emploi des eaux communes pour les lavages des voies génitales, et user seulement d'eau qui aurait été portée à la température de 115°.

M. Pasteur conseille en outre, pour le lavage des premières voies génitales, l'emploi de l'acide borique, qui, d'après des prévisions confirmées, paraît-il, par les résultats de la pratique de M. le professeur F. Guyon, s'opposerait au développement de l'organisme producteur des urines ammoniacales. Les muqueuses supportent très bien le contact d'une solution de cet acide saturée à la température ordinaire, soit 4 pour 100 d'acide, qui suffit pour tuer les organismes en question.

Certes, voilà une thérapeutique facile à mettre en pratique, et bien coupables seraient ceux qui, ayant foi dans la doctrine étiologique et pathogénique des micro-organismes (et comment ne pas l'avoir?), négligeraient l'usage de moyens d'une telle simplicité, nous dirons presque d'une telle banalité, en présence d'une maladie aussi terrible que la fièvre puerpérale.

FORCEPS. Une très longue et solennelle discussion sur l'usage de cet instrument et ses indications dans les accouchements lents a occupé plusieurs séances de l'*Obstetrical Society* de Londres, en mai et juin, sur l'initiative du docteur Barnes. Et comme c'est la gloire de l'Angleterre de l'avoir inventé, tous les principaux accoucheurs du Royaume-Uni sont venus de toutes parts, Dublin et Edimbourg surtout, exposer les résultats de leurs vues et leur expérience sur son emploi, pour le perfectionner et le rendre aussi sûr, précis et scientifique que possible.

Les propositions émises par M. Barnes sont que, dans presque tous les cas, le forceps est préférable aux moyens proposés pour le remplacer, — *its alternatives ;* — qu'il est applicable assez souvent avec avantage quand la tête est encore dans l'utérus, si le col est dilaté ; mais que cette ap-

plication est d'autant moins nécessaire, utile et sûre que la tête est plus élevée et le col moins dilaté. A la presque unanimité, il a été reconnu et admis qu'il pouvait être appliqué sur la tête, dans l'utérus comme sur le périnée, et l'opinion générale a été pour un usage modéré plutôt que rare ou très fréquent. La division ne s'est accentuée que sur l'application du forceps long dans la matrice, sans dilatation du col, recommandée et pratiquée par le docteur Johnston, de Dublin. Cet accoucheur n'étant pas là pour se défendre, la discussion n'a pu s'établir que sur les résultats publics, et c'est ainsi que les statistiques de l'hôpital Rotunda en ont fait la base principale.

De 1826 à 1833, le docteur Collins, alors chef de cette Maternité, sur 16, 414 accouchements, n'employa le forceps que 27 fois, dont 4 furent suivies de mort de la femme; soit 1 : 6 à 7. Au contraire, le docteur Johnston, pendant sa maîtrise de 1868 à 1875, n'eut que 7,862 accouchements, dont 752 avec le forceps. 58 décès en étant résultés, c'est 1 : 13, soit la moitié seulement du premier. L'application fréquente du forceps serait donc préférable.

Conclure ainsi, c'est montrer que ces résultats de deux pratiques diamétralement opposées sont incomparables, quoique obtenus dans les mêmes conditions de milieu et d'individus. La différence des conditions d'hygiène de l'établissement et les progrès de l'obstétrique à trente ans d'intervalle rendent ces chiffres absolument incomparables. Il suffit, pour le montrer, de savoir qu'une épidémie de fièvre puerpérale survint, sous l'influence de l'encombrement, pendant la maîtrise de Collins, qui enleva cinquante-six accouchées, tandis que rien de semblable n'arriva sous la direction de Johnston. Le premier eut recours 116 fois au perforateur, tandis que le second n'y recourut que 28 fois.

La mortalité générale n'éclaire pas davantage l'influence du forceps. De 164 sur les 16,414 accouchées de Collins, y compris les 56 victimes de l'épidémie, elle s'éleva à 169 sur les 7,862 de Johnston. Celle des enfants l'éclairerait peut-être mieux, car l'emploi du forceps sert autant à sauvegarder la vie du fœtus que celle de la mère. Mais les statistiques de Johnston ne contiennent d'autre donnée à cet égard que des 752 enfants amenés par le forceps : 54 étaient mort-nés, dont 4 en putridité, tandis que Collins signale 8 mort-

nés sur 24 applications. Le total des mort-nés à terme dans sa pratique s'éleva à 1009, soit 6,2 pour 100, tandis que, d'après M. Barnes, cette proportion s'éleva à 6,1 pendant celle de Johnston. Sous ce rapport donc, le fréquent usage du forceps n'aurait qu'un très léger avantage sur son rare emploi.

Cette question ne peut donc être résolue par la statistique. Des règles précises doivent seules guider à cet égard. L'emploi du long forceps peut sans doute prévenir la crâniotomie par la *haute opération* et diminuer ainsi la mortalité des enfants; l'emploi de l'anesthésie et surtout du chloral peut aussi, en diminuant la contracture de l'utérus, rendre son application plus fréquente, et s'il ne s'agit plus, comme autrefois, de remplacer cet instrument par le seigle ergoté ni par la version podalique, le forceps n'en reste pas moins d'une application très contestable et contestée dans plusieurs cas embarrassants que l'accoucheur résout souvent trop légèrement. Tant que l'utérus agit sans spasme, dit M. Barnes, que la tête descend ou avance lentement, que les parties se relâchent, que la durée approximative du travail des efforts à faire par la femme n'est pas au-dessus de ses forces, et aussi longtemps qu'elle reste tranquille, avec le pouls régulier, il n'est pas judicieux d'employer le forceps. C'est le précepte le plus pratique et le plus général de cette longue discussion. (*Lancet*, juillet.)

FRACTURES. *Danger de l'excitation anesthésique.* Voy. Anesthésie.

G

GANGLIONS LYMPHATIQUES. Il n'est pas question de leur existence à la surface externe du bas-fond de la vessie dans aucun livre classique d'anatomie normale, même des plus récents. Chez un enfant de cinq ans, amené à l'hôpital Sainte-Eugénie avec des accidents du côté des voies urinaires, M. Lannelongue rencontra, à l'autopsie, une cavité remplie de pus et de produits tuberculeux correspondant à la région prostatique, avec les reins farcis de dépôts ca-

séeux. Sur le bas-fond de la vessie, au voisinage de l'uretère, existait un noyau, gros comme un pois chiche, et six autres semblables furent rencontrés à la surface externe du bas-fond de la vessie. C'étaient des ganglions lymphatiques rendus apparents par une infiltration tuberculeuse. Si ces ganglions existent à l'état normal, comme M. Duplay dit en avoir rencontré en avant du rectum, ils pourraient bien jouer un rôle dans la pathogénie des affections de la dernière portion de l'urèthre et du bas-fond de la vessie, ainsi que dans la formation des abcès sous-péritonéaux et de l'espace pelvi-rectal supérieur. Des recherches intéressantes sont donc à faire à ce sujet, car l'anatomie pathologique de ces ganglions peut bien éclairer leur anatomie normale. (*Soc. de chir.*, septembre 1878.)

GASTRO-ÉLYTROTOMIE. Voy. OPÉRATION CÉSARIENNE.

GASTRO-STOMIE. Le nouveau procédé opératoire inauguré par M. Labbé chez l'homme à la fourchette semble avoir changé l'avenir de cette grave opération. Le succès remarquable obtenu par M. Verneuil dans un cas de rétrécissement cicatriciel de l'œsophage a surtout contribué à lui donner un nouveau crédit et assuré son avenir. (*V. année* 1876.) Sur les 31 cas qu'elle a été pratiquée avant, dans un espace de trente-cinq à quarante ans, sur l'initiative de M. Sédillot, un seul opéré avait survécu jusqu'au quarantième jour et pouvait être ainsi considéré guéri de son opération. Tous les autres avaient succombé très rapidement : 7 dans les premières vingt-quatre heures, 6 avant trente-six heures et 3 avant quarante-huit, soit plus de la moitié dans les deux premiers jours. 10 ont survécu du second au huitième jour, et 4 du dixième au quatorzième. Ces tristes résultats étaient donc de nature à la faire rejeter complètement.

Au contraire, depuis le succès de M. Verneuil, cette opération a été pratiquée 15 fois pendant les deux années qui suivirent, avec des résultats bien moins décourageants : 9 opérés seulement ont succombé dans le premier mois aux suites immédiates, 6 en ont guéri ; 4 ont succombé depuis à des complications étrangères, l'un trois mois après (*Schonborn*), et l'autre six (*Studsgaard*), quoique tous

deux atteints de rétrécissements cancéreux. L'opérée de Trendelenburg, pour un rétrécissement cicatriciel, a succombé, huit mois après, à une maladie fébrile; celui de M. Verneuil, promené de ville en ville comme objet de curiosité en s'amusant à lui injecter par sa fistule toutes sortes de boissons alcooliques dans l'estomac, a également succombé, à des hémoptysies répétées, le 7 novembre 1877, quinze mois et demi après son opération. Les deux autres, de Trendelenburg et de Langenbeck, paraissent encore vivants. C'est donc là un résultat tout différent des opérés de la première série.

Dans le parallèle qu'il en fait, le docteur Petit rapporte ces différences au nouveau procédé opératoire et surtout à ce que les chirurgiens, s'étant enhardis par sa précision, l'ont employé plus tôt et dans de meilleures conditions qu'autrefois. On ne recourait alors à la gastro-stomie qu'à la dernière extrémité, quand le rétrécissement de l'œsophage, cancéreux ou cicatriciel, avait profondément altéré l'organisme tout entier. Il en trouve la preuve dans la mort immédiate ou rapide des opérés et les altérations générales, profondes et multiples, rencontrées à l'autopsie, dont il donne l'abrégé.

Ces raisons ont sans doute leur valeur; mais n'était-il pas plus logique, au point de vue médico-chirurgical, d'examiner les résultats différents obtenus avec les deux procédés d'après la nature même du rétrécissement? De nature cancéreuse le plus souvent, y aurait-il avantage à employer le nouveau procédé de bonne heure pour prévenir l'aggravation et l'extension du mal par la cessation de la fonction de l'organe malade? Les chirurgiens anglais et américains pratiquent ainsi la colotomie contre le rétrécissement cancéreux du rectum, et de nombreux faits déposent aujourd'hui en faveur de cette opération pour suspendre, arrêter les progrès du mal local par cessation de la défécation. Les souffrances sont d'abord très notablement atténuées et la vie prolongée parfois de plusieurs années. Il est vrai que le cancer de l'œsophage se propage plus facilement, en raison même de son siège, que celui du rectum; mais n'est-il pas à prévoir qu'en supprimant de bonne heure la fonction de l'organe, en combattant le mal par le repos, on obtiendrait, ici comme là, une amélioration analogue?

Il s'agit du même organe, d'une fonction analogue à ses deux extrémités, et de la même maladie. Ce sont là bien des points de comparaison. Le cancer peut ainsi se localiser. L'opéré de Schonborn, mort d'épuisement après trois mois, ne présenta à l'autopsie aucune trace de généralisation du cancer œsophagien dont il était atteint. L'opérée de Studsgaard, à Copenhague, qui a survécu six mois, est un exemple de résistance encore plus remarquable. Ces cas et d'autres suffisent à autoriser cette opération palliative dans certains cancers lents et localisés de l'œsophage sans généralisation appréciable. Sa propagation au médiastin, constatée nécroscopiquement dans deux cas, est surtout à prévoir. Elle serait peut-être préférable au cathétérisme prolongé et même à l'excision du mal, comme cela est presque démontré aujourd'hui pour le cancer local du rectum. Mais la généralisation ultérieure est toujours à redouter par l'influence même du traumatisme, car six décès ont eu lieu par cette cause. C'est donc contre le rétrécissement cancéreux qu'elle a le moins de chance de succès.

Elle est bien plus sûrement indiquée contre les rétrécissements cicatriciels, sans attendre une oblitération complète, l'inanitiation et l'atrophie de l'estomac. L'enfant survivant de Rostock, opéré par Trendelenburg, en est un exemple. A la fin de janvier, il jouissait encore d'une bonne santé, allait à l'école, augmentait de poids en se nourrissant exclusivement par sa fistule, comme serait sans doute celui de M. Verneuil, s'il eût été placé dans de meilleures conditions. Dans les cinq cas de ce genre, la gastro-stomie nouvelle a guéri en effet, et ce n'est que par des causes indépendantes que la mort est arrivée. L'estomac avait été lésé par le caustique chez l'opéré du docteur Bradley (*Lancet*, novembre 1878), et la manie du suicide persistait chez celui de M. Le Dentu.

Elle serait aussi indiquée dans les autres rétrécissements localisés de l'œsophage, syphilitiques ou autres, quand l'œsophagotomie interne ou externe n'est pas praticable. En soutenant la vie par cette voie artificielle, on peut continuer le traitement spécifique et rétablir la perméabilité du canal. (*Union méd.*, n°s 47 et suiv.)

N'est-ce pas par la comparaison de ces faits, leurs analogies et leurs différences, plutôt que par leur relation *in ex-*

tenso et les détails des lésions anatomo-pathologiques, que l'on parviendra à préciser les indications de la gastro-stomie perfectionnée ?

Traité de la gastro-stomie, par le docteur Henri Petit. Ouvrage récompensé du prix Laborie par la Société de chirurgie et précédé d'une introduction par le professeur Verneuil. Paris.

Malgré ces résultats, l'appréciation du professeur Rizzoli n'est pas favorable à cette opération. Mieux vaut, d'après lui, ne pas attendre que le rétrécissement de l'œsophage soit imperméable pour pratiquer l'œsophagotomie interne avec l'œsophagotome électro-thermique ou mieux électro-chimique du professeur Corradi, afin de prévenir l'hémorrhagie. Il cite à l'appui l'exemple du professeur del Greco, ayant traité ainsi un cas analogue à celui de M. Verneuil. L'œsophagotomie externe n'est applicable que dans les rétrécissements étendus ou si l'œsophagotome ne peut être toléré. Les graves opérations tentées sur l'œsophage, les résections notamment, permettent d'espérer un résultat plus satisfaisant par ce procédé, suivi de la dilatation, que par la gastro-stomie, aussi dangereuse et incapable de procurer une guérison complète. (*Boll. delle sc. med.*, 1878.)

GASTROTOMIE. Deux succès remarquables en ont été obtenus contre l'étranglement interne. (*V. ce mot.*)

GENOU. En étudiant aux différents âges de la vie la rainure ou dépression qui, de la grande échancrure intercondylienne de l'extrémité inférieure du fémur, se dirige obliquement d'arrière en avant et de dedans en dehors, sur la limite interne de la surface cartilagineuse des deux condyles, M. Terrillon a découvert qu'elle joue un certain rôle dans l'articulation du genou, méconnu jusqu'ici. Il a constaté qu'à peine sensible dans l'enfance, elle augmente avec l'âge et devient très nette chez l'adulte. Elle s'accentue même chez le vieillard, au point de simuler une lésion grave du cartilage qui tend à disparaître à son niveau. Il s'altère, s'érode, surtout vers les bords de la poulie fémorale, et se divise en lamelles minces qui, en se détachant par places, lui donnent une apparence déchiquetée et rugueuse.

C'est une véritable usure du cartilage qui, en portant secondairement sur le tissu, lui imprime une dépression sous-jacente correspondante. Une production nouvelle de tissu fibreux remplace à cet endroit le cartilage disparu provenant de l'empiètement du tissu de la synoviale.

Il attribue ainsi cette dépression à la pression continuelle de la partie la plus épaisse du cartilage semi-lunaire correspondant. Son rôle principal serait de limiter le mouvement d'extension, de concert avec les ligaments auxquels M. Sappey attribue exclusivement cette action. Le cartilage semi-lunaire remplirait ainsi le rôle d'une cale, d'un coin pincé fortement entre deux surfaces arrondies qui se déplacent l'une sur l'autre. C'est ainsi que, dans la position dite *hanchée*, lorsqu'une seule jambe, dans l'extension complète, supporte tout le poids du corps, l'action amoindrie des ligaments permet de garder longtemps cette position sans fatigue. Tiraillés continuellement, ces ligaments, s'ils limitaient seuls cette extension, feraient éprouver au genou une rapide fatigue. Limités dans leur action par les ménisques, faisant l'office de coin, ils sont immobilisés. Telle serait la cause de la formation et l'utilité méconnue de ces dépressions cartilagineuses. (*Journ. de l'anat. et physiol.*, janvier.)

GLAUCOME AURICULAIRE. L'excès de tension des liquides du labyrinthe, en comprimant les expansions du nerf auditif, détermine, suivant le docteur Morisset, des accidents analogues à ceux de la pression intra-oculaire. De là le nouveau nom donné à cet excès de pression intra-labyrinthique.

Les causes en sont multiples. La pression du tympan par un bouchon cérumineux se transmet ainsi à la chaîne des osselets et de là à la fenêtre ronde et par conséquent au liquide labyrinthique. Les maladies de cette membrane et l'oblitération de la trompe, en changeant la pression dans l'oreille moyenne, de même que les affections de cette région, peuvent aussi modifier profondément l'équilibre de cette tension.

En agissant sur les expansions terminales du nerf auditif qui nagent dans le liquide de Cotugno, cette pression intra-auriculaire les irrite et peut déterminer des troubles circulatoires et nutritifs, comme sur la choroïde et la rétine.

De là des bourdonnements, des vertiges, une surdité variable. Un violent soufflet sur l'oreille la produisit aussi, en condensant subitement l'air dans le conduit auditif et en refoulant le tympan. Les vertiges et les bourdonnements, si fréquents dans la migraine, peuvent ainsi résulter des troubles de la circulation encéphalique, en modifiant la pression du liquide labyrinthique. Les suppurations de la caisse, consécutives aux fièvres éruptives, le délire plus ou moins violent observé chez les enfants, peuvent résulter de l'accumulation de liquide dans l'oreille moyenne comprimant les fenêtres du labyrinthe. Le vertige dit de Ménière peut aussi en dépendre.

Toutes rationnelles qu'elles sont, ces prévisions ne sont pas autrement démontrées que par analogie et la ressemblance des phénomènes morbides. Il est difficile de les constater directement. Mais, en faisant comprendre la pathogénie des accidents, ils guident au moins dans les indications à suivre pour un traitement rationnel. De là l'utilité d'enlever le cérumen et les corps étrangers qui peuvent obstruer le conduit auditif, le rétablissement de la perméabilité de la trompe d'Eustache, les injections de vapeurs médicamenteuses propres à modifier la muqueuse de l'oreille moyenne en rendant l'élasticité au tympan et même la paracentèse de cette membrane pour permettre l'écoulement du pus. L'emploi de la quinine, du bromure de potassium, du seigle ergoté, s'explique de même par l'action de ces agents sur la circulation. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, juin.)

GOITRE. *Excision entre deux ligatures.* Conformément à ce précepte opératoire, explicitement formulé dans ces dernières années par M. Verneuil, de ne séparer les tumeurs situées dans des régions vasculaires qu'à l'aide d'instruments mousses et de ne diviser les faisceaux qu'entre deux ligatures, le docteur Perasi a procédé, de la manière suivante, pour exciser un goitre lipomateux énorme. La tumeur, aplatie d'avant en arrière et multilobée, descendait de la région du larynx jusque près de l'ombilic. La peau était saine, sauf à la partie inféro-postérieure, où les veines, dilatées, avaient provoqué une petite ulcération. Une ponction exploratrice n'ayant amené aucun liquide, une longue in-

cision curviligne fut pratiquée sur la face antérieure et une autre correspondante en arrière. Après une dissection par énucléation des plus laborieuses et de nombreuses ligatures, la racine de la tumeur s'enfonçant dans les couches profondes du cou, le chirurgien en enserra la masse dans une série de ligatures partielles et la sectionna à quelques centimètres en avant. La portion réséquée pesait 5,550 grammes!

Après la réunion des lambeaux, la plaie suppura modérément, et un mois après, la cicatrisation était complète et l'opéré quittait l'hôpital. (*Acad. de méd. de Turin*, 1878.)

C'est aussi la méthode employée par Billroth, pour l'extirpation de la glande thyroïde et peut-être la raison de ses constants succès. Avant de sectionner les tractus qui s'opposent à l'énucléation, il a toujours la précaution de placer des serres fines. Toute hémorrhagie sérieuse est ainsi prévenue; il facilite par là la réunion immédiate et conjure les inflammations du médiastin.

Un treizième succès a été obtenu ainsi sur une femme de trente-cinq ans dont le goitre déterminait des accès de suffocation et la raucité de la voix. Une incision de 6 centimètres fut faite sur la ligne médiane et il fallut extirper la glande entière, pesant 50 grammes. Treize ligatures en masse furent posées, et on les abandonna dans la plaie, qui fut réunie par deux points de suture. La tête fut maintenue dans une complète immobilité et, malgré quelques accidents consécutifs, la guérison fut obtenue, mais sans la disparition complète de la raucité de la voix. (*Wiener mediz. Blätter*, nº 2.)

Injections d'ergotine. Elles sont très efficaces, d'après le professeur Pepper, contre l'hypertrophie simple de la glande thyroïde en particulier. Une solution de 96 grains d'ergotine dans une once d'eau sert à cet effet. 50 à 75 centigrammes sont injectés tous les deux ou trois jours dans la profondeur de la glande pendant quatre à six mois. La tumeur durcit et revient sur elle-même.

Goitre kystique. *Drainage capillaire avec les crins de cheval.* Suivant l'exemple de Lister, qui a mis ce mode de drainage en vogue contre les kystes (voy. DRAINAGE, 1878), M. D. Molière l'a employé avec succès chez une femme

de trente-sept ans, portant sur la partie médiane du cou une tumeur volumineuse, rénitente, sans fluctuation manifeste, s'étendant de la fourchette sternale au bord supérieur du larynx et plongeant transversalement derrière les sterno-mastoïdiens, avec saillie dans le creux sus-claviculaire. Une ponction exploratrice ayant donné un liquide hématique, couleur chocolat, on traversa la tumeur avec une aiguille à séton ordinaire, enfilée d'une petite mèche de crins, le 24 février 1879. Le liquide s'écoule par capillarité le long des crins, sans douleur, ni accident, ni fièvre qui suivent ordinairement l'ouverture de ces kystes. La suppuration s'établit le 3 mars, et la tumeur diminue. Elle est effacée le 12 mars et l'on retire les crins. Le 20 mars, la guérison est complète et, le 25, l'opérée quitte l'hôpital avec deux cicatrices à peine visibles. (*Soc. des sc. méd.*, avril, et *Lyon méd.*, nº 20.)

Goitre plongeant. *Fumigation de stramonium.* Chez un enfant de quinze ans atteint d'un goitre plongeant depuis plusieurs années et dont la dyspnée, avec cornage, anxiété, cyanose, faisait craindre pour sa vie, malgré l'usage de l'iode, des sangsues, des vésicatoires et des antispasmodiques, le docteur Shannon le soumit à des fumigations en faisant brûler une cuillerée à thé de la poudre suivante :

℞ Poudre de stramonium..........	3 gr.	54
Nitrate de potasse..............	1	77
Opium		05

Tous les symptômes diminuèrent graduellement et, après un mois de ce traitement, le goitre était diminué de volume. (*British med. journ.*)

Goitre rétro-pharyngien. Avec une tumeur volumineuse de la partie droite du cou et refoulant le larynx à gauche, chez une fille de vingt-cinq ans, se développa un prolongement rétro-pharyngien. Mais une ponction exploratrice de la première n'ayant en rien diminué la seconde, M. Bœckel extirpa celle-ci, le 9 décembre 1878, de la manière suivante :

Une incision de 10 centimètres est pratiquée sur le bord du sterno-mastoïdien droit, sous la vapeur phéniquée. La

tumeur est ponctionnée avec le bistouri et attirée au dehors, puis détachée. La plaie, à peu près sèche, grâce à une dizaine de ligatures au catgut, est réunie dans les quatre cinquièmes supérieurs de la région. On fait le pansement phéniqué.

M. Recklinghausen, qui a examiné ces kystes, les croit formés aux dépens du tissu thyroïdien.

Le 24 décembre, la malade sort et se promène, et, le 6 janvier, elle rentre chez elle complètement guérie. (*Soc. de chir.*, avril.)

GOMMES SCROFULEUSES DE LA PEAU. *Origine tuberculeuse*. Dénomination nouvelle, employée par M. Vidal le premier, en 1873, pour désigner les tumeurs circonscrites du tégument externe, apparaissant chez des scrofuleux indemnes de syphilis, lesquelles en s'ulcérant donnent issue à un liquide purulent et d'apparence caséeuse, comme dans l'évolution des gommes syphilitiques communes. De là ce nom compliqué. Il s'agit donc de distinguer cette scrofulide des manifestations analogues de la syphilis, et c'est ce que MM. Brissaud et Josias ont tenté de faire, d'après les observations et les pièces recueillies à l'hôpital Saint-Louis, notamment par le docteur E. Besnier.

Il faut tout d'abord en distinguer l'adénite chronique et le lupus tuberculeux, les écrouelles cellulaires de Bazin, dont le point de départ anatomique est dans le derme, tandis que la gomme a son siège dans le tissu cellulaire sous-cutané. Hunter parle ainsi de *tumeurs circonscrites* ne siégeant pas dans les ganglions lymphatiques, et Lebert décrit également des tumeurs circonscrites, développées sur un enfant strumeux de huit ans à la partie postérieure du bras et des épaules. Seulement il en place le siège dans le derme. Alibert, plus explicite, a vu la face se recouvrir de tubercules celluleux, circulaires ou allongés, gros comme une aveline, absolument comme les gommes décrites plus loin. C'est évidemment le *molluscum tuberculeux* décrit par Bazin, d'après un exemple unique observé à Saint-Louis dans sa longue pratique.

Cinq observations, relatées *in extenso*, chez un enfant de six ans et deux garçons de seize et dix-huit ans, une fille de vingt-trois et une femme de trente-neuf ans, ont servi

aux auteurs pour faire l'histoire clinique de cette affection, dont voici les traits principaux.

Ordinairement multiples, ces grosseurs, dures, arrondies ou oblongues, se sont rencontrées sur la face, le cuir chevelu, les membres et la région sacrée et peuvent sans doute se développer sur les autres points du corps. La marche en est lente et ne se révèle à l'attention ni par la gêne, ni par la douleur. Leur persistance seule et leur ulcération consécutive fixent l'attention des malades, et le diagnostic en est ainsi, le plus souvent, rendu difficile par les phases diverses de ces néoplasmes à l'examen.

Leur évolution présente en effet quatre périodes distinctes : de *crudité* d'abord et de *ramollissement* ensuite, puis d'*ulcération* et de *cicatrisation*. Du volume d'une olive, d'une noisette ou d'une figue dans la première, elles sont dures et résistantes au toucher, sans inégalités ni bosselures. Sous-cutanées et siégeant exclusivement dans l'hypoderme, elles roulent facilement sous le doigt, sans adhérences aux couches profondes ni aux aponévroses, sans trace d'inflammation.

C'est en se ramollissant, en devenant moins ferme, *surtout* à la périphérie, que la gomme contracte des adhérences et devient moins mobile. D'incolore et normale, la peau correspondante devient rosée, jaunâtre ou violacée et même variqueuse au microscope. La palpation provoque une douleur légère et passagère ou une fluctuation nette et évidente. De là la méprise de Lebert et des auteurs allemands avec les abcès dermiques circonscrits.

La différence est dans l'ulcération. C'est par un ou plusieurs pertuis, comme une tête d'épingle, que la peau livide, violacée, tendue et luisante, suinte un liquide séreux jaunâtre. De la réunion de ces pertuis résulte une ulcération inégale, fongueuse, à bords irréguliers, décollés, avec issue d'une liquide sanieux, séro-purulent, sanguinolent. L'incision d'une de ces gommes sur la paupière inférieure fut indolore et ne donna issue qu'à un peu de pus sanguinolent, provenant d'une infiltration de petits lobules jaunes séparés par une trame vasculaire. Après un écoulement plus ou moins prolongé, sa diminution annonce la cicatrisation. Des bourgeons charnus apparaissent et des croûtes rougeâtres se forment à la périphérie. Des îlots se montrent

et une coloration violacée apparaît à la périphérie. De là une cicatrisation saillante ou déprimée, d'une coloration violacée, avec squammes grisâtres, sans les brides des écrouelles cellulaires.

Etayé sur les signes physiques de la constitution strumeuse, le diagnostic de ces gommes ne peut être embarrassant quand elles sont multiples et à différents degrés de développement. Ce n'est qu'à leur première période qu'elles peuvent se confondre, par leur aspect extérieur, avec les kystes et tumeurs du tissu cellulaire sous-cutané et surtout le cancer primitif externe, mais dont la marche progressive et envahissante le distinguera bientôt. Les gommes syphilitiques peuvent enfin être confondues, et c'est pourquoi les antécédents et les commémoratifs doivent être soigneusement consultés pour établir la distinction. L'épreuve de l'iodure de potassium pourra d'ailleurs éclairer les doutes.

Le contenu caséeux de ces gommes en est le caractère pathognomonique, avec ou sans cellules géantes. De là le nom d'*abcès à contenu caséeux* que leur a donné Bizzozero. C'est donc une tuberculose de la peau, localisée dans le tissu cellulaire sous-cutané, comme la première observation en offre un exemple frappant. Le foyer caséeux était environné d'une zone inflammatoire très manifeste, se traduisant par une condensation épaisse d'éléments embryonnaires, envoyant des traînées plus ou moins nombreuses dans les interstices du tissu conjonctif avoisinant, oblitérant les vaisseaux, avec présence de nombreuses cellules géantes dispersées au milieu de petits amas de cellules épithélioïdes. Les trois éléments du follicule tuberculeux étaient ainsi réunis.

Ce caractère spécifique est justifié par le développement lent, chronique, irrégulier de ces gommes, dont l'évolution exige parfois plusieurs mois. Le pronostic en est rendu d'autant plus grave, parce qu'en entraînant la déchéance organique, elles préparent à la tuberculose générale. C'est donc à un traitement tonique anti-scrofuleux qu'il faut recourir pour limiter, localiser ces gommes et en prévenir la dissémination, la repullulation. Là en est tout le danger, car, en se limitant, elles offrent le plus souvent un exemple évident de la guérison du tubercule cutané, par résorption ou ramollissement. (*Revue mens.*, novembre.)

GRAVELLE. *Arenaria rubra.* Le bruit fait récemment sur l'efficacité de cette plante herbacée contre la gravelle commande au moins de la signaler ici. De la famille des Caryophillées, avec plusieurs espèces, elle est vulgairement connue et distinguée sous le nom de *Sabline rouge*, parce qu'elle croît très abondamment dans les terrains sablonneux et pierreux. Sa racine est pivotante, blanchâtre, et sa tige, rameuse, étalée, s'élève de 12 à 20 centimètres. Ses feuilles sont simples, petites, lancéolées et opposées. Elle donne en mai des fleurs roses et produit de nombreuses graines dans des capsules ovales uniloculaires. Son odeur est celle du foin fraîchement coupé.

Très commune aux environs d'Alger, notamment sur le littoral de la Maison-Carrée, où elle forme un véritable tapis sous les pieds des promeneurs, c'est de notre colonie que l'usage s'en est répandu. Depuis dix ans, un Maltais qui en avait connu les propriétés dans son pays, où elle est très réputée, comme en Sicile, la vendait très cher et secrètement, sous forme de tisane, dans la rue de la Casbah. Un client obtint par ruse un spécimen de la plante, qui fut ainsi reconnue et analysée par M. Legoût, pharmacien à Alger. Des observations ont été faites ensuite sur son action thérapeutique par le docteur Bertherand, puis dans les hôpitaux de Paris, où elle est actuellement en expérimentation.

L'analyse faite par le docteur Jacquême, de Marseille, et Vigier à Paris sur 100 grammes de la plante entière, a donné 33 grammes d'extrait mou, soit le tiers de son poids. Il est grumeleux, déliquescent et contient de nombreux cristaux de chlorure de sodium. Desséché, il pèse encore de 18 à 24 grammes et laisse par la calcination de 6 à 8 grammes de cendres solubles dans l'eau et en grande partie dans l'alcool à 60°. Outre de la silice et de l'alumine, ces cendres contiennent des sels solubles, des carbonates et des chlorures, surtout de potassium et de soude, sans lithine ni azotates. Mais l'extrait contient 3 à 4 pour 100 d'azote provenant de matières végétales albuminoïdes. L'éther et l'alcool à 90° lui enlèvent aussi une petite proportion d'un principe aromatique. Traité par la chaux et le chloroforme, il donne un produit blanc résineux aromatique.

L'eau distillée en est ammoniacale et ne noircit pas le

papier d'acétate de plomb. Saturée par l'acide chlorhydrique, elle donne 3 grammes de chlorhydrate d'ammoniaque pur pour 1 kilogramme de la plante; trois fois, cette production a été vérifiée sur des échantillons différents en parfait état de conservation, car jusqu'ici aucun végétal n'a donné de l'ammoniaque que par sa putréfaction.

On comprend qu'une plante si riche en éléments constitutifs, en chlorure de potassium et de sodium, en alcalis et en principes aromatiques, ait une action puissante sur l'économie animale. Combinés aux sucs albumineux du végétal, les chlorures doivent agir autrement qu'à l'état libre. La tisane d'arenaria préparée par décoction, qui en est la meilleure préparation, est assimilée ainsi par le docteur Bertherand aux eaux minérales chloro-carbonatées si actives de Bourbon-l'Archambault et de Niederbronn qui contiennent 4 à 5 grammes de matières fixes par litre. Elles ont ainsi une action stimulante sur la circulation et les sécrétions, notamment celle des organes urinaires.

La dose moyenne est de 20 grammes pour 500 d'eau. Cette tisane a une couleur jaune rougeâtre, d'une saveur salée nullement désagréable. Cette dose, prise chaque jour, facilite l'évacuation des graviers et calme promptement les coliques néphrétiques. On peut remplacer la décoction par l'extrait en pilules ou en sirop à la dose d'un gramme. Mais la poudre suivante de M. Vigier semble bien mieux remplir l'indication :

℞ Extr. aq. d'arenaria....................	10 grammes.
Sucre en poudre........................	30 —

Mêlez et divisez en cinq doses égales. Un paquet dans un litre d'eau à boire pendant la journée.

La même quantité d'extrait, dans 5 grammes de glycérine pure et 85 d'eau distillée, donne aussi une solution qui se conserve bien. Une cuillerée à café dans un verre d'eau, répétée cinq fois par jour, équivaut à un litre de tisane. Cette préparation promet d'être ainsi plus efficace que les stigmates de maïs, qui n'ont donné aucun résultat au docteur Const. Paul contre la gravelle urique. (*Soc.* et *Bulletin de thérap.*, juillet, et *Journ. de thérap.*, nº 14.)

Stigmates de maïs. L'efficacité en a été proclamée par le professeur Castan (de Montpellier) et plusieurs autres médecins du Midi présents à l'*Association française pour le progrès des sciences*. Quoique trop vanté dans ces derniers temps comme nouveau, son usage est très ancien. Lui-même l'emploie depuis longtemps, et toujours avec succès, comme le prouvent les gros graviers qu'il présente, expulsés à la suite de son administration. Il les prescrit en infusion, à la dose de quatre à cinq tasses à café par jour. L'action lui en paraît surtout anesthésique.

GREFFES *par restitution des dents*. Voy. DENTS.

H

HÉMATINURIE ou **HÉMOGLOBINURIE.** La coloration de l'urine par le sang se subdivise aujourd'hui en plusieurs espèces morbides, selon que tel ou tel élément y prédomine. Exemples : l'albuminurie, l'azoturie, la glycosurie, la phosphaturie, l'urémie. De là les noms précédents employés par les Anglais, suivant que les réactifs, le microscope et le spectroscope y décèlent la matière colorante du sang appelée tour à tour hématine et hémoglobine. Sa présence dans l'urine lui communiquant une couleur brunâtre, plus ou moins foncée, constitue le caractère essentiel de cette nouvelle dénomination.

C'est ordinairement quelques heures après une sensation de froid subit avec frisson et *chair de poule*, refroidissement des extrémités, survenant dans le jour, jamais la nuit, mais sans cause appréciable de la saison ni de la température, que cette coloration de l'urine apparaît soudainement. La réaction est alors marquée par une élévation de la température du corps et du pouls, qui, en augmentant jusqu'à 38°, montrent une propension à la fièvre. L'urine est dès lors très foncée, noirâtre, dense, sédimenteuse, d'une gravité spécifique de 1026 à 1030, pour diminuer dès la seconde ou la troisième émission et devenir normale quelques heures après avec le pouls et la température. Tel est l'accès de l'hématinurie.

Le malade présenté comme exemple à sa clinique par le professeur Charteris est un cordier, âgé de trente ans, qui n'a fait aucun excès et n'a jamais quitté Glasgow. Il fut pris, en travaillant, le 12 février 1877, de refroidissement des mains et des pieds, avec malaise et frisson, ce qui l'obligea à rentrer chez lui. Après s'être réchauffé pendant deux heures, il urina et s'aperçut pour la première fois que son urine était sanguinolente (*bloody*). Pendant vingt-deux mois, ces accès se sont répétés bien des fois à divers intervalles, et à son entrée à l'hôpital, le 5 décembre 1878, il est amaigri, plutôt jaune que pâle, ayant perdu 8 kilogrammes de son poids. Mis en observation dans plusieurs accès successifs, ce malade a 54 pulsations au début, avec température au-dessous de la normale. Le frisson a lieu, et, une heure et demie après, il rend six *ounces* d'urine sanguinolente, noire, pesant 1030 et contenant dix grains d'urée par *ounce*. Trois heures et demie après, alors que la température s'est graduellement élevée de 6 dixièmes, une seconde émission donne quatre *ounces* d'urine moins foncée, d'une gravité spécifique de 1028, tandis que l'urée est de 10 gr. 5 par *ounce*. Ces deux spécimens coagulent par la chaleur et l'acide nitrique, mais l'urine du troisième, rendue six heures après, reste parfaitement limpide. Elle est pâle, claire, de 1012 seulement et contenant à peine la moitié d'urée des deux autres. Elle est revenue à l'état normal ainsi que le pouls et la température. Cette observation, répétée à plusieurs jours d'intervalle, a toujours donné les mêmes résultats, sans qu'il y eût ni régularité dans les accès, ni sueurs, ni hypertrophie de la rate.

Il en fut de même chez un garçon de quatre ans et demi apporté par sa mère à *London hospital* parce qu'il rendait de l'urine noire — *black water* — depuis plusieurs mois, toujours après des refroidissements, des frissons — *a cold and shivery* dans la journée. C'est donc là le prodrôme le plus sensible et le plus constant de ces accès d'hémoglobinurie.

A l'examen, le docteur S. Mackensie trouva en effet les accès irréguliers et marqués, comme le premier cas, par du frisson. La *chair de poule* était si marquée sur la peau jaune de cet enfant, qu'il en résultait une espèce d'urticaire à chaque accès, qui disparaissait avec l'élévation de la température et l'urine noire, pour reparaître à l'accès sui-

vant. L'urine était d'un rouge brun foncé à la lumière, et d'une gravité de 1030, contenant beaucoup d'albumine et déposant un sédiment brun noir abondant. Le microscope y découvrait un pigment amorphe avec des débris de tubuli sans trace de globules, et le spectroscope ne révéla à plusieurs reprises que les raies caractéristiques de l'hémoglobine sans trace d'hématine. D'où le nom d'*hémoglobinurie* donné à ce second cas, tandis que le sédiment du premier n'ayant été soumis qu'au microscope, révélant seulement des granulations amorphes sans disques ni tubuli, c'est-à-dire la matière colorante du sang, M. Charteris lui donna le nom d'*hématinurie*. Il n'y a pas d'autre différence entre ces deux dénominations.

Le siège de cette maladie est fixé dans les reins, bien qu'aucune occasion n'ait encore permis d'en observer les lésions. Pour M. Mackensie, l'hémoglobine se dissout dans les capillaires rénaux et transsude à travers, car si cette dissolution était générale, la coloration le serait aussi. La teinte jaune obscur de la peau montre qu'une certaine quantité de matière colorante circule dans l'organisme, mais le sang n'est pas ordinairement altéré. Une injection hypodermique de pilocarpine, faite à deux reprises par M. Charteris au début de l'accès, tout en produisant ses effets ordinaires, n'empêcha pas l'urine noire d'apparaître sans modification sensible. Le patient déclara pourtant que l'accès avait été moins pénible à la seconde injection.

Les analogies de cette manifestation morbide avec l'urticaire qui se confond souvent avec elle, ont conduit M. Mackensie à en faire une névrose vaso-motrice des reins. Provoquée comme celle-là par la plus légère excitation, elle est en effet subite et passagère et peut se répéter pendant des mois, des années, sans altérer sensiblement ni la fonction, ni le tissu de l'organe. Aucune altération de la miction ne s'est observée sur les deux précédents malades. Elle n'a pas d'anatomie pathologique, et son pronostic n'est pas grave, quant à la vie, malgré sa persistance ; aucun malade n'en est mort.

Est-ce comme organe faible, *minoris resistentiæ*, que le rein est ainsi atteint? Malgré la constance du frisson et l'efficacité de la quinine comme moyen de guérison, l'influence paludéenne, admise dans quelques cas, est contredite par

la plupart des observateurs. Tout ce que l'on sait de positif est l'apparition plus fréquente de ces accès chez l'homme. Sur les 30 cas collectés par Van Rossena, il n'y a qu'une seule femme. Tous les âges y sont exposés, mais surtout de dix à quarante ans. (*Lancet*, août, nos 4, 5, et 9.)

HÉMOPTYSIES. Elles sont, dans quelques cas, le signe unique de la néphrite, au moins au début. (Voy. *ce mot.*)

Hémoptysie post-puerpérale. De même que la pléthore pulmonaire gravidique détermine des crachements de sang pendant la grossesse, cette même cause peut, d'après l'observation de M. Peter, les déterminer d'une manière identique après l'accouchement, sans cause appréciable de refroidissement, la femme allaitant, et sans aucun signe d'affection du cœur ni des poumons. Quatre observations en sont relatées dans les conditions suivantes :

Multipare de trente-six ans. Hémoptysie assez abondante du sixième au septième jour, après une fausse couche à sept mois environ d'un enfant mort-né. Persistance pendant une semaine.

Hémoptysie abondante pendant quatre à cinq jours, vingt jours après un accouchement à huit mois d'un enfant mort-né.

Refroidissement et point de côté quinze jours après l'accouchement; crachements de sang abondants, sans pneumonie et malgré l'allaitement.

Refroidissement un mois après l'accouchement d'un quatrième enfant nourri au sein. Pleurésie avec crachats d'un sang rutilant, sans pneumonie, et qui persistèrent dix-sept jours, avec des râles sous-crépitants dans un point très limité, et perceptibles seulement dans les grandes inspirations.

Ces quatre dames, malgré ces accidents, ont toutes franchement et complètement guéri par des ventouses appliquées sur le thorax; elles ont été suivies ensuite par l'auteur, pendant plusieurs années, sans présenter aucune trace de tuberculisation ni d'affection du cœur.

Il n'y a donc pas à s'inquiéter de cette hémoptysie *post partum* produite par la congestion du trop plein vasculaire des poumons. Mais il faut bien le dire, il ne s'agit pas d'une hémoptysie à flot, comme celle que produit ordinairement

la tuberculose : ce sont des crachats sanglants absolument isolés, au nombre de vingt environ par jour, comme dans l'apoplexie pulmonaire, mais plus rutilants, au début. Une oppression intense, une dyspnée très vive, en annonce ordinairement l'apparition. Leur quantité et leur intensité hémoptoïque diminuent graduellement et les derniers se montrent surtout le matin. Des râles fins, sans foyer distinct, comme on les observe dans la congestion pulmonaire, en sont l'unique signe, sans fièvre ni élévation de la température, si ce n'est sur les parois correspondant à la congestion. Tout est ordinairement fini en six à huit jours.

En cas de refroidissement, la scène clinique change : la congestion peut aller jusqu'à la phlegmasie du poumon ou de la plèvre. Mais les crachats sanguins en sont souvent indépendants, leur teinte rutilante les distingue surtout; aussi est-ce par les ventouses scarifiées sur les parois du thorax que l'on obtient la cessation de ces accidents spéciaux, de même que pendant la grossesse.

Pour démontrer qu'ils dépendent exclusivement de la pléthore pulmonaire, M. Peter rapporte l'observation d'une fille enceinte de six mois qui, après un simple refroidissement, fut prise d'une dyspnée épouvantable. Elle était cramoisie, étouffante, avec fièvre sans expectoration sanglante, ni signe précis de pleurésie ni de pneumonie. Une saignée fait disparaître rapidement tous les accidents généraux, mais la dyspnée reparaît bientôt aussi intense et la température locale dans le septième espace intercostal droit, où siégeait un point douloureux, marquait 38°6, alors que la température axillaire était de 39°,2. Douze ventouses scarifiées firent justice de ces accidents, la dyspnée cessa et la température était revenue le soir même à l'état normal : 37°,2 dans l'aisselle, 36°,6 dans le septième espace intercostal, ce qui montre que cette température locale était plus augmentée sous l'influence de la congestion que la température générale. Vérifiée aussitôt l'accouchement dans 7 cas normaux relatés par l'auteur, cette température locale a été trouvée égale sinon supérieure de 1 à 5 dixièmes de degré à celle de l'aisselle correspondante, alors que la percussion ni l'auscultation n'indiquaient de changement appréciable. La congestion gravidique du poumon persiste donc après la délivrance. Le poumon est plus chaud chez la femme récemment

accouchée, comme chez celle qui nourrit, parce qu'il contient plus de sang, ce qui est plus appréciable dans le sixième ou le septième espace intercostal, en raison de ce que le thermomètre est ainsi plus rapproché du poumon. De là la prédisposition aux congestions et aux hémoptysies. (*Union méd.*, nos 94 et 96.)

HÉMORRHAGIES. *Altérations du sang.* Les recherches de M. Quinquaud ont démontré que, dans les hémorrhagies graves, la proportion de l'hémoglobine qui, à l'état physiologique, est de 125 grammes chez l'homme et 120 chez la femme pour 1,000, est descendue de 67 gr. 70 à 23 gr. 3. Ce chiffre s'est même abaissé à 20 gr. 2 chez un sujet exsangue et qui a succombé le lendemain.

Le pouvoir absorbant, de 240 centimètres cubes chez l'homme et de 232 chez la femme, est tombé de 128 c. c. 7 à 50 seulement.

Quant aux matériaux solides, de 90 grammes à l'état normal, la proportion en est tombée de 45 à 36 grammes. (*Arch. de méd.* septembre.) On peut juger de la gravité de ces altérations dans les hémorrhagies intenses, comme dans les autres maladies déprimantes. (V. Sang.)

Trachéotomie préliminaire. Leur danger, dans les opérations qui s'exécutent dans la bouche, comme l'excision de la langue, la résection du maxillaire supérieur, résulte surtout de l'écoulement du sang dans les voies aériennes et digestives. L'opéré peut ainsi être suffoqué, étouffé par son propre sang. Bien plus, sa stagnation et sa décomposition consécutive dans les bronches sont des causes de pneumonie septique, laquelle entraîne souvent la mort des opérés. De là divers moyens usités pour s'opposer à cet écoulement, comme l'inclinaison de la tête, le tamponnement de la trachée avec la canule de Trendelenburg, etc. A l'exemple de quelques chirurgiens allemands, M. Barker y ajoute la *trachéotomie préliminaire.* Voy. Langue.

Injections d'ergotine. D'accord avec les données physiologiques, l'observation clinique permet, dès à présent, suivant MM. Laborde et Peton, d'ériger en précepte thérapeutique la simple formule suivante, pour le traitement rationnel des

hémorrhagies : Injection sous-cutanée dans le voisinage du lieu de l'hémorrhagie de *un* à *cinq* centimètres cubes de la solution d'extrait d'ergot d'Yvon.

A employer dans l'hémorrhagie puerpérale *ante* ou *post partum*, et après la délivrance; dans l'épistaxis incoercible; dans l'hémoptysie, dans la gastrorrhagie et l'entérorrhagie; dans l'hémorrhagie cérébrale; dans les hémorrhagies secondaires à la suite d'opérations chirurgicales, etc.

Hémorrhagies post-partum. *Inversion du corps.* Admettant que dans l'hémorrhagie par inertie utérine, la principale indication est la répartition proportionnelle de la masse sanguine dans les diverses régions du corps, le docteur Puglièse propose de recourir à l'inversion du corps. Saisie par les épaules, l'accouchée est transportée hors du lit par un mouvement d'un quart de cercle dont le centre est au siège qu'on attire au bord pendant que le sommet vient toucher sur le carreau ou le plancher. Si par son défaut d'énergie, le cœur ne suffit plus à pousser l'ondée jusqu'aux dernières ramifications des artères utérines, les sinus utérins dont les bouches béantes sont subitement transférées à la cime de l'arbre veineux, devenu vertical, ont perdu la faculté de se vider passivement et le sang reprend mécaniquement ainsi son cours naturel vers la veine cave. Il ne reste qu'à stimuler la rétraction utérine pour achever l'œuvre réparatrice.

Tandis que les aides contiennent la tête et les épaules de la femme, l'accoucheur exerce des frictions externes sur le globe utérin et même des titillations internes. Une injection hypodermique est faite au besoin, car on doit se borner à donner des *canards* à sucer à la patiente qui ne peut boire dans cette position.

Dans un cas où l'auteur a mis cette inversion en pratique, l'accouchée, dont le pouls était insensible, est restée, le corps ainsi renversé sur un plan très fortement incliné, pendant une heure et demie environ; mais avant même que la pulsation de la radiale fût reparue, la femme avait repris ses sens au point de parler. La langue a donné signe de vie la première. L'inversion en était seule capable et ce fait montre tout le parti qu'il y a à tirer de ce moyen simple et facile et qui n'exclut l'emploi d'aucun de ceux

qui sont indiqués. La position horizontale ne doit être reprise que graduellement. (*Lyon méd.*, n° 4).

Une hémorrhagie foudroyante peut seule justifier l'usage d'emblée de ce moyen extrême. Ce n'est ordinairement qu'après l'insuccès de la position, des réfrigérants et surtout à défaut des injections hypodermiques de la solution d'ergotine d'Yvon, qui arrête si rapidement ces hémorrhagies, qu'il y a lieu d'y recourir. Voy. HÉMOPTYSIE POST PUERPÉRALE.

Tamponnement phéniqué. Contre l'inertie utérine laissant fluer le sang après l'accouchement, M. Lucas Championnière fait saisir et comprimer le globe utérin par un aide, à travers les parois abdominales, et introduit ensuite dans le vagin un tampon non graissé de charpie ou de ouate bien imprégné d'eau phéniquée au quarantième et modérément exprimé. On l'applique sur le col, et avec deux ou trois autres tampons semblables, on garnit ainsi complètement le fond du vagin. Et tandis que la main droite comprime le col à l'aide de ces tampons, la gauche appuie vigoureusement sur le fond dans un sens opposé. L'utérus est ainsi comprimé entre les deux mains.

On a le temps d'administrer ainsi le seigle ergoté, soit par la bouche, soit en injections, et l'excitation du col par le tampon déterminant un caillot au fond du vagin, l'écoulement sanguin se ralentit bientôt, et l'on se rend ainsi maître d'hémorrhagies redoutables. Le tampon n'est extrait que douze à vingt-quatre heures ensuite, sans qu'il ait contracté de mauvaise odeur; on ne laisse ensuite qu'une compresse d'eau phéniquée sur la vulve, comme chez toutes les accouchées.

Pratiquée avec ces précautions, surtout celle de ne pas graisser les tampons, cette manœuvre a réussi en ville avec un simple mouchoir, et à l'hôpital, où elle est employée depuis deux ans par les élèves et les sages-femmes de la Maternité. Il n'y a aucun danger à appliquer ces tampons bien imprégnés d'eau phéniquée sur le col, même déchiré, en exerçant sur lui une compression difficile à obtenir autrement. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, novembre.)

Injections sous-cutanées avec la solution d'ergotine Yvon. En usage depuis une dizaine d'années, soit comme hémos-

tatiques, soit contre les fibrômes utérins (Voy. *année* 1875), ces injections ont d'abord soulevé de vives objections à cause des abcès, des indurations déterminées par les piqûres. En dépouillant l'ergotine de tous les principes irritants contenus dans le seigle ergoté, M. Yvon a fait taire toutes ces récriminations. Sa solution est d'un rouge foncé, limpide, non fermentescible, qui en poids représente exactement la quantité de seigle ergoté, soit un gramme pour une seringue complète. La facilité de son emploi, son efficacité et son action rapide, la rendent bien supérieure à tout autre mode d'administration et son innocuité, quand elle est bien faite, l'absence de douleur et d'inflammation constatées par le professeur Herrgott, à la clinique obstétricale de Nancy, en font un moyen précieux pour remplacer l'usage du seigle ergoté dans ses diverses indications. Sur six observations d'hémorrhagies *post partum* qu'il rapporte, elle n'a pas échoué une fois à arrêter immédiatement l'écoulement du sang par la contraction énergique de l'utérus. Aucun accident n'a été observé, si ce n'est un mal de tête subit avec vertiges et nausées, syncopes, qui se dissipèrent en cinq minutes par la position horizontale de la malade. Rien ne ressemble donc là à une intoxication.

Il est vrai que dans l'observation IV, où il n'est pas question d'accouchement, mais de métrorrhagies habituelles, actives, chez une femme grande, noire et forte, âgée de vingt-sept ans, il fallut jusqu'à neuf injections successives, pour mettre fin à l'écoulement du sang; ce qui montre qu'elles conviennent beaucoup mieux aux hémorrhagies passives résultant de l'inertie, de l'atonie de l'utérus.

L'accoucheur devrait donc munir sa trousse d'un petit étui en bois renfermant la seringue à injection hypodermique avec le flacon de solution Yvon. (*Soc. de méd. de Nancy*, 28 mai, *Soc. de chir.*, juin, et *Rev. méd. de l'Est*, n° 13.)

Vinaigre. C'est tout simplement le vinaigre commun que le docteur Penrose de Philadelphie emploie comme *ultima ratio*, c'est-à-dire lorsque les moyens ordinaires n'ont pu arrêter l'écoulement du sang par atonie ou inertie de l'utérus. Quelques cuillerées de vinaigre étant versées dans un verre ou un vase quelconque, il en imbibe un linge propre et doux, soit un simple mouchoir de poche, et placé dans le

creux de la main, il l'introduit dans l'utérus relâché, béant. Sous l'influence de cet irritant, l'effet est magique : l'utérus réagit aussitôt, se contracte et comprime la main, et l'hémorrhagie cesse instantanément. Depuis 1854 qu'il l'emploie, lui et ses élèves, il n'a trouvé qu'un seul cas rebelle guéri par l'électricité. On peut d'ailleurs renouveler une ou deux fois cette application topique, si la première ne suffit pas.

L'avantage de ce moyen est de se trouver partout et instantanément sous la main de l'accoucheur et de n'exiger aucune préparation ni appareil particulier pour son application. Son action immédiate est sans danger, car c'est un antiseptique qui ne peut être qu'utile en pareil cas. Il n'a aucun effet coagulant et ne peut agir comme les persels de fer. (*Amer. gynecological Society*, vol. III, 1878.)

Prophylaxie. Il y aurait lieu d'en craindre la récidive, suivant le docteur Spender, dès qu'elles se sont manifestées une première fois. Il les prévient par une nourriture très tonique et fortifiante pendant la grossesse suivante et l'usage du perchlorure de fer. La position horizontale, un peu élevée aux pieds, doit aussi être gardée trois à quatre heures par jour, avec usage d'une ceinture abdominale dans la position debout. Il a pu les prévenir ainsi dans quatre accouchements consécutifs chez une dame qui avait eu des hémorrhagies profuses aux deux premiers. La perte de sang diminua à chaque accouchement ensuite et fut presque nulle aux derniers. (*Lancet*, n° 2.)

Hémorrhagies alvéolo-dentaires. *Bouchon de gutta-percha.* Elles sont parfois si graves que chez un militaire hémophilique, M. Aymard fut obligé de recourir à la ligature de la carotide primitive pour en obtenir la cessation. Quoique le succès ait couronné cette dangereuse opération, peut-être unique en pareil cas, elle a été condamnée et réprouvée par les membres autorisés de la *Société de chirurgie*, et M. Magitot a signalé un moyen très simple d'hémostase qui lui a réussi dans trois cas semblables. C'est la gutta-percha, ramollie et mélangée avec de la charpie, de manière à en faire une substance malléable, élastique et adhérente aux parois de la cavité alvéolaire. Après un lavage complet de l'alvéole

au chloroforme, pour favoriser l'adhérence de la gutta-percha aux parois, on applique le tampon dont l'adhérence fut si intime qu'il fallut procéder à son extraction le troisième jour. Le bouchon en cir avait été employé infructueusement parce qu'il n'adhère pas. La plus grave hémorrhagie dentaire doit donc être arrêtée par ce procédé. (*Soc. de chir.*, mai).

Hémorrhagies *dans la coqueluche*. Voy. ce mot.

HÉPATITE INTERSTITIELLE. Compliquée de l'hypertrophie du foie, elle est souvent confondue, suivant le professeur Semmola de Naples, avec la sclérose incurable, dont elle offre tous les symptômes : ascite et développement des veines sous-cutanées. Le diagnostic différentiel est d'autant plus difficile que l'examen physique du foie ne peut souvent être rigoureusement effectué par l'abondance même de l'ascite.

Dans ce doute, il conseille de recourir à la diète lactée, exclusive et prolongée, additionnée de un à quatre grammes d'iodure de potassium dissous dans un litre d'eau à prendre dans les vingt-quatre heures, sans qu'il soit besoin de traiter l'ascite, la constipation ou le catarrhe gastrique. En huit à dix jours de ce traitement, une amélioration sensible a lieu s'il n'y a pas de sclérose, et le diagnostic différentiel en résulte par la diminution de l'ascite et la turgescence des veines, l'amélioration des fonctions digestives, sans qu'une alimentation reconstituante, un traitement tonique soient nécessaires.

C'est l'indication certaine qu'il n'y a pas de sclérose, quoique le foie reste volumineux. Vingt malades ainsi traités et suivis pendant deux ans présentaient encore une certaine hypertrophie, quoique tous les autres symptômes fussent disparus. (*Congrès international d'Amsterdam* et *Bul. de thérap.*, septembre, n° 6.)

HERNIES. *Gangrène rapide?* Le taxis peut-il en hâter le développement? Oui, selon le docteur Eustache, de l'Université libre de Lille, qui adresse le fait suivant à l'appui de cette interprétation. Une hernie inguino-scrotale très volumineuse s'étrangle. Un premier taxis infructueux est pratiqué en ville

et renouvelé bientôt à l'hôpital où la réduction est ainsi obtenue dix heures après l'étranglement. Dès le lendemain, les selles étaient sanguinolentes, le ventre resta ballonné, et dix jours après, l'opéré succombait à une péritonite par perforation démontrée par l'autopsie. L'intestin était sphacélé sur une étendue de 72 centimètres. D'où l'auteur conclut que la gangrène dans une si grande étendue est le résultat d'un taxis forcé.

Mais la Société de chirurgie, par l'organe de M. Berger, rapporteur, n'a pas adopté cette interprétation. La perforation ne se fait jamais si rapidement après un taxis même forcé, et elle ne peut être ainsi un argument contre lui. Une gangrène sur une si grande étendue ne peut s'expliquer, suivant M. Trélat, que par l'existence d'une entéro-péritonite simulant l'étranglement, et c'est ainsi que le taxis a pu être nocif.

Immobilisation de l'anse intestinale. Les hernies étranglées, compliquées de péritonite herniaire, d'adhérences anciennes et récentes, de gangrène peu étendue, etc., peuvent, suivant M. Bourguet d'Aix, être opérées en réduisant l'anse intestinale et en la fixant à la face profonde de la plaie, ce qui ne complique guère l'opération et peut limiter au voisinage de la plaie les accidents de péritonite. Trois observations suivies de succès par ce procédé, malgré la persistance de l'étranglement pendant 64, 68 et 70 heures, sont un encouragement à le répéter. (*Association française* et *Arch. de méd.*, novembre.)

Guérison radicale. Elle revient naturellement à l'ordre du jour avec l'emploi de la méthode antiseptique par son innocuité sur l'ouverture du péritoine constatée dans l'ovariotomie et l'opération de Porro. C'est ce qui la fait rechercher au professeur Tilanus par une nouvelle méthode. C'est la suture du collet du sac suivie de l'extirpation de celui-ci avec sutures, profonde et superficielle, consécutives.

Cette opération n'exclut pas le port du bandage, au moins pendant quelques mois, pour prévenir le retour ou la récidive de la hernie. Elle s'est manifestée dans un cas pour avoir négligé cette utile précaution.

Il serait pourtant imprudent de tenter cette cure radicale

dans tous les cas, car elle n'est pas sans danger, malgré la méthode antiseptique. On ne doit recourir à cette opération grave que pour remédier aux hernies irréductibles et qui ne peuvent être maintenues réduites. (*Congrès intern. d'Amsterdam.*)

Injections hypodermiques d'alcool. Pratiquées au voisinage de l'anneau par Schwalbe dans quatre cas avec une solution de 70 pour 100 d'alcool, elles ont amené une guérison radicale. Le malade étant placé sur le dos, les jambes écartées et la hernie réduite, on enfonce l'aiguille de la seringue au voisinage du collet de la tumeur et l'on pousse lentement le liquide. Plusieurs injections furent ainsi faites en demi-cercle au-dessus du ligament de Poupart. Au bout de quatre mois, les tissus étaient devenus assez résistants pour empêcher la sortie de l'intestin, même pendant des accès de toux violente. (*Deutsch. med. Wochenschrift.*)

Hernie du poumon. *Ligature.* Un succès remarquable de cette pratique (V. *année* 1878) est encore rapporté par le médecin de l'agence Vichita dans le territoire indien des Etats-Unis. Un garçon indien de huit ans, ayant reçu une flèche entre les cinquième et sixième côtes gauches, un peu à gauche de la ligne moyenne, fit saillir une portion du poumon en la retirant. Cette portion herniée, à l'examen du blessé vingt-quatre heures après, était congestionnée et menaçait de se gangrener. Une ligature fut appliquée et la résection de la partie exubérante, mesurant quatre pouces et demi de long sur trois pouces environ de large, étant faite, la surface fut cautérisée avec le perchlorure de fer et réduite ensuite. Une légère suppuration de la pluie s'ensuivit et la ligature ne tomba que quinze jours après avec un peu de pus ; néanmoins l'enfant se rétablit parfaitement et a repris depuis ses habitudes. (*Boston med. and surg. journ.*, janvier, n° 3.)

HONORAIRES. Ce n'est pas seulement avec leurs malades, leurs clients, que les médecins ont souvent de la peine à se faire payer, c'est encore avec l'administration publique, lorsque, requis par l'autorité, ils sont appelés comme experts en justice pour faire un rapport, apprécier ou certifier un

fait de leur compétence. Non seulement leurs honoraires, en pareil cas, sont dérisoirement insuffisants ; on les fait attendre pour leur payer et, souvent même, ils ne savent à qui s'adresser à cet effet.

C'est ainsi que le docteur Legallois, de la Ferté-Macé, requis par le commissaire de police, le 9 juillet 1877, pour constater s'il y avait eu crime ou suicide sur un jeune homme trouvé pendu dans sa chambre, ayant conclu au suicide dans son rapport, ne put s'en faire payer. Ayant réclamé ses trois francs au receveur de l'enregistrement qui le paya d'abord, il fut bientôt obligé de les rembourser par ordre du procureur de la République, comme mal perçus sur les frais de la justice criminelle, attendu que c'était un suicide. De là une demande d'explications qui aboutit aux détails suivants, donnés par M. Gallard, et qui pourront être utiles à plusieurs autres praticiens.

Dès que la réquisition a lieu au nom d'un magistrat, juge d'instruction, procureur de la République ou son substitut, juge de paix ou les délégués de ces magistrats du parquet, l'action ayant lieu au nom même de la justice, l'expert sera payé directement sur les frais de la justice criminelle, qu'il y ait simple délit, crime ou suicide, et que par suite de l'instruction, il y ait ordonnance de non lieu ou acquittement en cas de jugement.

C'est tout le contraire si la réquisition a lieu directement au nom du maire, du commissaire de police, comme agents de la police générale ou municipale, car si, comme dans le cas actuel, il n'y a pas de poursuites subséquentes de la justice, c'est à la municipalité ou à la personne, la famille intéressée, à payer le rapport de l'expert, sinon au requérant lui-même.

Or comme les maires, les commissaires de police, voire même les gendarmes et les gardes champêtres, sont à la fois et les intermédiaires, les délégués de la justice publique dans leur ressort, et les agents personnels de la police municipale, il s'agit, pour le médecin requis, de savoir distinguer au nom de qui, pour réclamer ses honoraires à qui de droit. Si la réquisition est écrite, il doit en distinguer le libellé ; si elle est verbale, il doit se faire dire en quelle qualité on l'a requis et le formuler explicitement dans son rapport. (*Union méd.*, nº 149, 1878.)

C'est pour avoir confondu ces deux pouvoirs distincts, sé-

parés, que des experts ont été soumis à des mesures vexatoires en apparence, quoique naturelles en réalité, et ont parfois conçu des sentiments injustes contre l'administration de la justice. Elle ne peut payer des frais qu'elle n'a pas occasionnés, commandés, provoqués. Et en principe, c'est à celui qui requiert à payer ou à faire payer directement celui qu'il a employé.

Tarif médical en Allemagne. Rien ne montre mieux la vie positive, réglée et méticuleuse des Allemands, que le tarif proposé ou plutôt imposé par le ministre des cultes Falk à l'adhésion des médecins pour le règlement de leurs honoraires. Les visites et consultations, avis, certificats, ne sont pas seulement taxés suivant qu'ils ont lieu de nuit ou de jour, leur distance et leur nombre, — le premier étant toujours d'un prix double aux suivants — mais les plus petites opérations, comme la saignée, la cautérisation, la suture, le pansement, la ponction, jusqu'aux plus compliquées, y sont tarifées et spécifiées dans leurs moindres détails. La ponction de l'hydrocèle (6 fr. 25) n'est ainsi taxée qu'à la moitié de celle de l'abdomen et au tiers de celle de la vessie ou du thorax. Le cathétérisme de la trompe d'Eustache, de l'œsophage, de la vessie, est uniformément de 3 fr. 75, excepté ce dernier chez la femme, qui est fixé à 2 fr. 50, tandis que celui des voies respiratoires s'élève au double. La réduction d'une luxation est taxée de 7 fr. 50 à 37 fr. 25, selon le siège, comme celle des fractures, les amputations, les désarticulations, les résections. Le plus haut prix de 125 francs est attribué à la désarticulation de la cuisse, tandis que l'ovariotomie, l'opération de la fistule vésico-vaginale, la résection du maxillaire supérieur, sont taxées à 75 francs. La visite du cadavre avec certificat est de 2 fr. 50, tandis que l'autopsie et le rapport sont de 15 fr. etc., etc.

Tout est ainsi minutieusement et parcimonieusement réglé, et s'il est vrai que ce soit là un *minimum*, comment doivent se régler les opérations multiples, compliquées, c'est-à-dire en comprenant plusieurs? Quelle vie uniforme, factice, artificielle, sans liberté, ni indépendance!

HOQUET. *Guérison par le cathétérisme*. Un homme de quarante-cinq ans, d'un tempérament très nerveux, impres-

sionnable à l'excès, fut pris, à la suite d'une émotion ressentie par la perte de sa fille, d'un hoquet continuel et insupportable. Il durait depuis deux ans, malgé l'emploi, sans amélioration bien sensible ni durable, des perles d'éther, du bromure de potassium, des injections sous-cutanées de morphine, des pilules de valérianate de zinc, de l'hydrothérapie, du chloroforme, du quinquina, du fer, etc. La compression épigastrique, récemment préconisée, et qui avait déjà réussi entre les mains de Rostan et de Bordeu, n'eut même aucun succès.

Le 12 janvier 1879, le docteur Barré prend inconsciemment une sonde œsophagienne qui était sur son bureau et l'introduit dans la gorge de son malade. Une syncope, dont le malade revint bientôt, fut la conséquence de ce cathétérisme. Le surlendemain, le malade revint tout joyeux lui annoncer que depuis l'introduction de la sonde il n'avait eu que trois faibles accès de hoquet, ce qui ne lui était pas arrivé depuis deux ans. Un nouveau cathétérisme proposé par le médecin est accepté et bravement supporté par le malade. Trois jours après, il vient dire qu'il n'avait plus rien éprouvé. Le 20 février, c'est-à-dire trente-sept jours après, le malade n'avait pas eu de nouvel accès; sa gaîté est revenue, il mange avec appétit, et tout fait présager que les spasmes douloureux ne reviendront plus. (*Union médicale,* 15 mars.)

Jaborandi. Après avoir employé sans succès l'électricité et tous les antispasmodiques contre un hoquet rebelle, le docteur Ortille pratiqua une injection sous-cutanée de chlorhydrate de pilocarpine qui fit disparaître le hoquet.

Restait à vérifier l'action de cet agent. Une femme de cinquante-six ans, guérie une première fois d'un hoquet fatigant après un mois de séjour à l'hôpital Lariboisière, en fut reprise de nouveau quinze jours après, sans que, électrisée tous les deux jours pendant cinq mois à la consultation du même hôpital, elle pût s'en débarrasser.

Elle s'adressa au docteur Ortille, le 1er avril. Le hoquet était presque continu et de 30 à 40 fois par minute, sauf quelques intervalles de cinq à dix minutes; vomissements, amaigrissement notable. Ne pouvant faire d'injection de pilocarpine, il prescrivit 4 grammes de feuilles de jaborandi à faire bouillir pendant un quart d'heure, passer,

et à prendre en deux fois à quinze minutes d'intervalle.

Pris à dix heures du soir, le médicament détermina ses effets habituels : salivation, transpirations abondantes, quelques vomissements, et, deux heures après, le hoquet avait cessé et n'est pas revenu depuis. C'est donc la confirmation d'une action directe. (*Bull. de thérap.*, 30 mai.)

HYDROCÈLE. *Substitution de l'entonnoir à la seringue.* Tous les praticiens connaissent les inconvénients de la seringue pour les injections dans la tunique vaginale après la ponction. Un aide est presque indispensable et le piston ne marche pas toujours bien. En le poussant trop fortement, un véritable choc en résulte, qui produit de vives douleurs remontant le long du cordon. Le liquide répandu, quand c'est la teinture d'iode, tache le linge ou la peau du malade.

Un simple entonnoir, adapté à la canule, a été substitué à la seringue par M. Guyon, qui en a obtenu les résultats les plus satisfaisants. Aucun opéré n'a accusé de douleur et tous les inconvénients et l'appareil de la seringue sont ainsi prévenus.

Au lieu des injections iodées, M. Polaillon se sert d'une solution de chlorure de zinc au dixième. Les résultats en sont les mêmes, sauf la douleur qui est nulle.

HYGIÈNE. Des perfectionnements importants ont été réalisés en vue de protéger, conserver la santé publique et prévenir les maladies. A l'exemple de ce qui existe à Bruxelles, depuis 1874, sous l'habile et active direction du docteur Janssens, et à Genève sous celle de Marc d'Espine, des bureaux d'hygiène ont été fondés, institués ou améliorés, perfectionnés, ici et là, pour régulariser les différents services de l'hygiène publique par la constatation quotidienne de l'état sanitaire de la ville et la rédaction des rapports et des tableaux statistiques y relatifs ; l'échange de documents sanitaires avec les communes environnantes et les grands centres de population du royaume et de l'étranger ; le service médical de l'état civil (constatation des naissances et des décès) ; l'inspection hygiénique et médicale hebdomadaire des écoles publiques ; l'assainissement de la voirie, des impasses et des habitations ; la recherche de toutes les causes de nature à nuire à la santé publique avec enquêtes,

rapports et propositions à ce sujet ; la surveillance de l'exécution des mesures de salubrité prescrites par l'autorité locale sur l'avis de la commission médicale ; la propagation de la vaccine ; la désinfection et autres mesures réglementaires tendant à prévenir ou à combattre les maladies épidémiques ou transmissibles et les épizooties ; la constatation de la qualité des aliments, boissons, condiments, etc., mis en vente ; les informations relatives à la police des établissements dangereux, insalubres ou incommodes, et l'inspection de l'état hygiénique des établissements publics et autres locaux sur lesquels l'administration communale a un droit de propriété ou de contrôle ; la direction du service des secours publics en cas d'accidents ou de maladies subites ; le service de santé du personnel des agents de police, des fontainiers et employés des taxes communales ; la constatation de l'aptitude physique des candidats qui se présentent pour remplir ces divers emplois ; les rapports médicaux sur les demandes de mise à la pension ; les visites sanitaires relatives à la prostitution ; la rédaction de rapports périodiques hebdomadaires, trimestriels ou saisonniers et annuels, résumant toutes les affaires traitées par le Bureau.

L'éminent directeur de cette institution à Bruxelles est ainsi assisté d'un médecin adjoint pour le remplacer ou le suppléer au besoin, de cinq médecins divisionnaires et cinq suppléants et de deux médecins attachés spécialement à la prostitution. Grâce à ce service, qui est en miniature le *ministère de la santé* réclamé dans tous les grands États, l'administration communale est informée à toute heure de l'état sanitaire de la population. On peut dire qu'il n'est pas un seul cas de maladie contagieuse contre lequel toutes les précautions possibles ne soient prises dans les vingt-quatre heures pour garantir le voisinage. La démographie y puise à coup sûr des informations précises, scientifiquement et intelligemment coordonnées, et toutes les mesures de salubrité soumises à la sanction des pouvoirs publics dans la ville de Bruxelles et son agglomération bénéficient de l'enquête longue, minutieuse et éclairée qui s'y fait au jour le jour dans les conditions de la plus rigoureuse exactitude.

Deux bureaux d'hygiène analogues ont été nouvellement

créés et organisés sur ce modèle à Nancy et au Hâvre. Marseille, Lille, Douai, ont aussi organisé, avec le concours empressé des médecins, les premiers éléments d'une direction de la santé publique dont l'influence bienfaisante ne tardera pas à se faire sentir. Et afin que cet exemple puisse être suivi et imité par d'autres villes, voici les détails de l'organisation de celui de Nancy, adoptés par le Conseil municipal le 1er mai, sur le rapport du docteur E. Lallement, professeur adjoint à la Faculté de médecine.

Une organisation médicale municipale, dit ce rapport, doit comprendre deux sortes d'éléments : *des médecins* donnant leurs soins aux malades indigents secourus par le bureau de bienfaisance et chargés de la constatation des décès et des naissances, de l'inspection hygiénique des écoles et de la vaccination gratuite ; *un bureau* centralisant tous les renseignements relatifs à l'hygiène publique, proposant à l'administration les moyens d'action à employer, et veillant à la bonne qualité des denrées alimentaires mises en vente sur les marchés ou par les marchands de la ville.

Les médecins, au nombre de six, seront à la fois médecins du bureau de bienfaisance et médecins municipaux. Ils seront chargés, chacun dans sa circonscription, des soins à donner aux indigents, de la constatation à domicile des décès et des naissances, des vaccinations gratuites, enfin de l'inspection médicale des écoles et de celle des logements insalubres ; leur traitement sera de 1,200 francs. Ces diverses attributions étaient jusqu'à présent inégalement réparties entre les médecins du bureau de bienfaisance ; l'inspection des écoles municipales était même purement fictive.

Le bureau d'hygiène *aura un médecin pour chef*, avec un employé sous ses ordres chargé des écritures. Il centralisera les renseignements donnés par les médecins municipaux et ceux de la ville et des hôpitaux, qui lui signaleront tous les cas de maladies revêtant un caractère infectieux ou contagieux et constituant une menace pour la santé publique. Il prescrira les mesures nécessaires pour circonscrire et éteindre les foyers épidémiques, et sera, en outre, le centre d'action de la commission des logements insalubres ; à lui ressortira la statistique de l'état civil ; il fera le service médical administratif des employés de la ville. Deux autres services : la conservation du vaccin et l'inscription des

nourrices, y seront aussi rattachés. Chargé de la surveillance des produits mis en vente sur les marchés ou en ville, il en fera faire l'examen et l'analyse, s'il le juge convenable. Un crédit de 1000 francs a été voté pour les dépenses des analyses qui pourront être nécessaires et qui seront confiées à un expert chimiste sous sa direction. (*Revue méd. de l'Est*).

A Lyon aussi, le Conseil municipal, préoccupé des dangers que la mise en vente de denrées alimentaires falsifiées ou avariées fait courir à la population, a voté un crédit de 20,000 francs pour l'inspection des viandes de boucherie, sur le rapport du docteur Gailleton. L'insuffisance de l'inspection des autres denrées alimentaires, boissons et liquides, a aussi été recommandée par lui, et il a émis le vœu qu'une commission municipale d'hygiène fût chargée de centraliser tous les documents se rapportant à l'hygiène publique. Un premier crédit de 50,000 francs a été voté par la ville à cet effet, et 88,000 par le département.

Ce dernier vœu est essentiel, capital, car ce qu'il importe surtout, c'est la *centralisation* de ces divers services sanitaires et hygiéniques réunis et concentrés comme à Bruxelles, à Genève, à Londres, et aujourd'hui au Hâvre et à Nancy, sous la direction spéciale d'un médecin. A Paris comme à Lyon et sans doute en d'autres grandes villes encore, on a pourvu cette année à l'inspection médicale des écoles communales et des salles d'asile ; on a procédé à Paris à l'élection des médecins des pauvres. (Voy. EXERCICE.) Un projet de statistique médicale a même été formulé. Mais de qui relèvent ces divers services ? Ils sont disséminés ici et là et fonctionnent isolément, indépendamment l'un de l'autre, sans la moindre connexité, placés qu'ils sont sous la direction de chefs distincts, étrangers à la médecine et à l'hygiène, dans les divers arrondissements. Les médecins des bureaux de bienfaisance pour le traitement des pauvres à domicile, relevant de l'administration spéciale de l'assistance publique, n'ont ainsi pu se connaître que par l'initiative de l'un d'eux, le docteur Passant, qui les a réunis en société savante. La municipalité parisienne n'a pas même un bureau spécial pour centraliser ces services sous la direction d'un médecin. De là la confusion et l'embarras soulevés par la récente discussion pour la statistique des causes de décès à l'Académie de médecine

(Voy. STATISTIQUE). Aucun chef n'était là, au nom de la ville, pour la diriger et l'éclairer au besoin.

Inspection des écoles et asiles. Tandis que ces fonctions étaient confiées jusqu'ici bénévolement, et seulement en cas de nécessité, aux médecins des bureaux de bienfaisance ou par une délégation spéciale, le Conseil général de la Seine a résolu de rendre ces inspections obligatoires et régulières, en nommant spécialement des médecins à cet effet en nombre suffisant pour que chaque école, chaque asile communal reçoive au moins deux fois par mois la visite du médecin inspecteur.

L'hygiène des bâtiments scolaires est confiée d'ailleurs à une commission spéciale où figurent aussi plusieurs médecins, dont le concours sera précieux.

Le rétablissement d'un service semblable a été réclamé de même par le Conseil municipal de Lyon sur la base d'un médecin par arrondissement aux appointements de 1,500 francs.

Réorganisation du comité consultatif d'hygiène publique. Malgré l'existence de ce comité central au ministère de l'Agriculture et du Commerce, l'Etat n'est pas mieux représenté pour l'organisation et le fonctionnement de ces services divers. Institué spécialement pour l'étude et l'examen des questions concernant les quarantaines et les services qui s'y rattachent; les mesures à prendre pour prévenir et combattre les épidémies et améliorer les conditions sanitaires des populations manufacturières et agricoles ; la propagation de la vaccine; l'amélioration des établissements thermaux et le moyen d'en rendre l'usage de plus en plus accessible aux malades pauvres ou peu aisés; les titres des candidats aux places de médecins inspecteurs des eaux minérales; l'institution et l'organisation des conseils et des commissions de salubrité; la police médicale et pharmaceutique; la salubrité des ateliers; les questions à soumettre à l'Académie de médecine, ce comité n'a ni initiative, ni autorité, ni responsabilité. Le ministre seul les partage, quoique étranger ordinairement à ces graves questions. Aussi est-il regrettable que dans la réorganisation qui vient d'en être faite, par décret du 7 octobre, le personnel

seul de ce comité ait été modifié sans aucun perfectionnement dans son organisation et son fonctionnement. Au lieu d'un simple secrétaire du comité, aux appointements de 4,000 francs avec voix consultative, et se bornant à rédiger les délibérations du comité sous forme de procès-verbaux, n'était-il pas juste de créer un médecin hygiéniste et administrateur éminent, comme chef de division responsable, à la tête de ce grand service de la santé et de la salubrité publiques? Ayant une action directe et immédiate sur tous les dignitaires des conseils d'hygiène des départements, travaillant directement avec le ministre et s'inspirant des avis des membres du comité, il eût pu diriger ce grand service d'hygiène avec autorité et utilité, prescrire et exécuter rapidement toutes les mesures nécessaires à la santé publique. C'eût été là véritablement un service national, comme le *Board of Health* institué cette année aux Etats-Unis avec de pleins pouvoirs et un budget spécial pour prévenir et combattre au besoin avec efficacité les épidémies qui pourront se manifester. (Voy. Epidémies.)

Conseils d'hygiène des départements. C'est une réforme semblable qui est réclamée par le docteur Bergeron pour les Conseils purement consultatifs qui existent dans tous les départements, sous la direction des autorités préfectorales. Il faut que ces Conseils, dit-il, soient sûrs de l'appui de l'administration centrale et du concours actif et persistant des autorités locales; il faut qu'ils puissent compter sur le bon vouloir et la libéralité des conseils généraux; il faut que l'exécution de leurs décisions soit confiée à l'activité d'un fonctionnaire spécial et armé d'une sanction pénale; il faut, de plus, qu'ils aient le droit de provoquer par la voie hiérarchique des réunions exceptionnelles pour résoudre d'urgence les questions de salubrité; il est aussi désirable qu'ils puissent échanger entre eux leurs mémoires et leurs rapports et même se réunir en congrès pour traiter de l'hygiène et de la salubrité d'une région spéciale, de plusieurs départements limitrophes, d'un bassin fluvial, etc. (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, janvier, n° 1.)

Musée d'hygiène. C'est en instituant un établissement de ce genre à Londres, sous le nom de *Parkes museum*, que l'An-

gleterre a honoré et perpétué le souvenir des services d'un de ses plus illustres enfants. (Voy. NÉCROLOGIE.)

Conferenze de Igiene per gli ufficiali (Conférences d'hygiène pour les officiers), par le docteur F.-G. Rossi, 1 vol. in-12 de 300 pages; Turin, 1879.

C'est spécialement l'officier militaire que l'auteur vise, afin que selon son grade et son autorité, connaissant et pratiquant les règles hygiéniques qui lui sont personnelles, il puisse les imposer convenablement au soldat en temps de paix comme en temps de guerre. Les conditions physiques de l'officier et tout ce qui doit l'intéresser pour l'entretien régulier de ses fonctions organiques, sa nourriture, ses boissons, ses vêtements, son habitation, ses exercices et ses fatigues à pied et à cheval, ses travaux intellectuels, le repos et le sommeil, les changements de garnisons suivant les climats et les saisons, est indiqué dans ce petit livre. Il peut ainsi se guider sûrement et être utile au besoin à ses subordonnés. Des notions scientifiques suffisantes sont données sur tous les sujets, de manière que l'homme instruit puisse distinguer et comprendre de ce qu'on lui enseigne à ce qu'on ne lui dit pas.

La 16e et dernière conférence est consacrée aux premiers secours à donner aux malades et aux blessés.

Un style abrégé, clair et précis, fait de ce petit livre un *vade-mecum* de l'officier, qui sera secondairement utile au soldat, et contribuera à améliorer et fortifier l'armée italienne.

HYSTÉRECTOMIE. Ce nouveau mot, indiquant l'excision de l'utérus, est substitué par M. Tillaux à celui d'hystérotomie, qui n'en indique que la division, comme l'irodotomie est la simple division de l'iris, tandis que l'iridectomie en est l'excision. Cette distinction est donc utile et nécessaire pour ne pas confondre ces deux opérations, qui se pratiquent presque indifféremment aujourd'hui. C'est à propos de la présentation d'une femme ayant subi cette excision utérine que cette distinction est proposée. Agée de trente-cinq ans, cette malade errait pour ainsi dire d'hôpital en hôpital, depuis 1876, pour des hémorrhagies utérines et les divers accidents causés par une énorme tumeur intra-utérine. Dès

qu'elle en sortait améliorée pour travailler, elle était reprise de nouveau. Ne pouvant plus se tenir debout par des pertes continuelles, pâle, exsangue, pour ainsi dire, avec un souffle anémique considérable, ayant les jambres enflées, elle vint, le 5 mars, demander à M. Tillaux de remplir la promesse qu'il lui avait faite trois ans auparavant de tenter une opération pour la débarrasser.

La méthode de Lister étant scrupuleusement mise en usage, une incision de 12 centimètres sur la ligne médiane dut être agrandie aussitôt pour détacher avec les doigts les adhérences qui unissaient l'utérus aux parties voisines. Les deux trompes, serrées avec des fils de coton, furent divisées, et la tumeur, saisie avec les deux mains, put ainsi être attirée au dehors en la faisant basculer sur la symphyse pubienne. Traversant le pédicule d'arrière en avant avec une broche en fer, une sonde, placée dans la vessie, permettant de ménager cet organe, un fil métallique fut passé dessous pour étreindre la base de la tumeur et la pédiculiser. Deux autres aiguilles furent introduites au dessous, l'une d'avant en arrière et l'autre transversalement, et une nouvelle anse de fil fut serrée, tordue fortement, au dessous, comme la première. Un coup de bistouri entre les deux ligatures sépara ainsi le pédicule de la tumeur qui, enlevée, permit de fixer celui-ci dans l'angle inférieur de la plaie abdominale suturée comme d'habitude.

Aucun accident ne survint. Les broches furent enlevées le vingtième jour, et, en quelques mois, cette femme était complètement guérie, ce qui lui permit de se présenter devant l'Académie, le 14 octobre, en même temps que la pièce anatomique comprenant l'utérus au-dessus du col, avec un corps fibreux et sous-muqueux, adhérant largement à la paroi interne très hypertrophiée et du poids de deux kilogrammes.

Cette exhibition fut un événement, car elle infirmait péremptoirement le jugement et les conclusions du rapport de Demarquay, présentés à l'Académie en 1872 et adoptés par elle, condamnant l'extirpation de l'utérus dans les cas de tumeurs fibreuses de cet organe. (Voy. TUMEURS, 1873.) Cette réprobation solennelle, appuyée sur l'insuccès de Demarquay et ceux de Spencer-Wells, était surtout dirigée contre les opérations de M. Péan. Les succès notoires ob-

tenus depuis par d'autres chirurgiens, en France et à l'étranger, attestent hautement, surtout devant cette présentation, que cette condamnation formelle était sans fondement. Cette revendication fait donc honneur au courage et aux convictions du jeune académicien.

En effet, M. Duplay, le dernier élu de l'Académie, s'est levé aussitôt, pour s'associer aux revendications de son collègue, sans avoir osé les produire le premier, en annonçant qu'il avait aussi pratiqué deux de ces opérations, dont une avec succès pour une tumeur d'un poids double. Ces observations ont été communiquées en détail à la séance suivante.

Un succès non moins éclatant a été obtenu par M. Dezanneau, chirurgien de l'hôpital d'Angers, sur une femme de 47 ans, le 3 juillet. La tumeur, pesant cinq kilogrammes, avait son point de départ dans l'utérus et adhérait en six endroits différents. Il fallut une incision de 22 centimètres pour l'énucléer avec toute la portion sus-vaginale de l'utérus, dont le pédicule ainsi que ceux de l'épiploon furent fixés dans la plaie abdominale. Six semaines après, la guérison était complète et l'auteur l'attribue à l'emploi de la méthode antiseptique. (*Soc. de chir.*, 15 octobre.)

Devant des succès si évidents et authentiques et dont il arrive de nouveaux exemples surtout depuis le crédit acquis par l'opération césarienne de Porro, — Voy. *ce mot*, — il serait puéril de nier ceux de M. Péan ou de n'en pas tenir compte, car l'honneur lui revient d'en avoir été l'initiateur en France. Sa dernière statistique compte ainsi 13 gastrotomies pour tumeurs utérines, dont 8 de fibromes interstitiels enlevés par l'hystérectomie, c'est-à-dire l'excision de l'utérus et ses annexes. 3 ont été suivies de mort et 5 de guérison, mais ces 8 cas réunis aux 16 cas analogues précédents donnent 8 décès et 16 guérisons, soit les deux tiers. Deux énormes tumeurs sous-péritonéales de 3800 et 4256 grammes, adhérentes aux cornes de l'utérus, l'une chez une vierge, l'autre chez une femme sans enfant, ont été également excisées avec succès et donnent la même proportion. (Voy. *Clinique chirurg.*, page 88.)

Une statistique de M. Duplay élève déjà à 96 les hystérectomies pratiquées jusqu'à ce jour, savoir : 55 pour des fibromes ayant donné 23 guérisons et 32 morts, et 41 pour des cysto-fibromes avec 22 guérisons et 19 morts. D'où il

semble que cette mutilation, que l'on redoutait surtout pour les tumeurs kystiques de l'utérus, est moins mortelle que pour les fibromes interstitiels nécessitant l'excision de l'utérus. (*Acad. de méd.*, octobre.)

D'après M. Boinet, au contraire, cette statistique se réduirait à 69 excisions totales de l'utérus avec 13 succès, ou du moins il n'admet que ces chiffres comme authentiques. Dans les autres cas, il s'agissait de tumeurs pédiculées qui ont été excisées sans intéresser l'utérus, ou qui ont été laissées en place lorsqu'elles étaient interstitielles ou trop adhérentes. Et comme tous les insuccès n'ont pas été publiés, on ne peut exactement connaître la valeur réelle de cette grave opération, ni savoir si elle doit être regardée comme régulière ou seulement exceptionnelle. (*Soc. de chir.*, octobre.)

C'est seulement à ce dernier titre que M. Verneuil l'accepte, en s'appuyant sur la précédente statistique de M. Duplay, qui donne une mortalité de plus de 53 pour 100. Si, pratiquée dans certains cas exceptionnels, elle peut être une excellente opération, c'est à la condition de n'être pas faite à la légère et sans avoir épuisé toutes les ressources de la thérapeutique de douceur, notamment l'ergotine en injections et les courants électriques, sinon l'expectation et l'attente de la ménopause, qui opèrent souvent des miracles de tolérance. Combien de vieilles femmes, mortes à la Salpêtrière, ont présenté à l'autopsie des corps fibreux utérins qui ne les avaient pas empêché de fournir une longue carrière, et combien n'en rencontre-t-on pas de même à la ville qui en sont atteintes tout en se portant à merveille! S'il ne faut plus proscrire l'excision de l'utérus, il ne faut pas davantage recourir trop facilement à cette redoutable opération. (Voy. FIBROMES.)

L'hystérectomie ne doit donc plus être proscrite; au contraire, elle doit être admise définitivement en chirurgie, comme l'ovariotomie normale et pathologique, l'opération de Perro. En voici les trois indications principales, suivant M. Tillaux :

1° Quand la vie de la malade atteinte de tumeur fibreuse utérine est mise en danger par des hémorrhagies incoercibles;

2° Quand des douleurs intolérables résistent à toutes les

ressources de la thérapeutique et rendent l'existence insupportable ;

3° Enfin, dans les cas d'occlusion intestinale résultant de la compression de l'intestin par la tumeur utérine. (*Acad. de méd.*, 14 octobre.)

A quoi attribuer ces brillants succès des jeunes chirurgiens, après les insuccès répétés de Spencer Wells et de Demarquay? A l'emploi de la *méthode antiseptique de Lister* dans toute sa rigueur, répond à l'unanimité la jeune école. Qu'elle y contribue, c'est probable; mais elle n'en est pas certainement tout le secret, car les premiers succès de M. Péan ont été obtenus sans son usage, alors inconnu.

La *conservation des ovaires* comme dans les derniers succès de MM. Tillaux et Dezanneau? Pas davantage, car M. Péan en a obtenu indifféremment avec et sans leur excision.

La *fixation du pédicule* dans la plaie abdominale, comme la plupart des chirurgiens l'ont faite, rend-elle mieux compte de ces succès? Non, car M. L. Labbé le réduit toujours, comme dans l'ovariotomie. Il a vu Billroth le réduire de même à Vienne, et les résultats de cette pratique sont excellents. (*Soc. de chir.*, 15 octobre.) — Voy. OVARIOTOMIE.

La cause vraie en est donc dans l'ensemble des précautions prises par les chirurgiens actuels, comme le démontrera l'accroissement probable de ces succès.

HYSTÉRIE. *Cessation par la pression du testicule.* Bien des objections ont été faites à l'essentialité de cette maladie chez l'homme, parce qu'elle était considérée comme spéciale à la femme et siégeant dans ses organes génitaux. Aucun doute ne peut plus exister à cet égard depuis que toutes ses manifestations ont été constatées chez l'homme, jusqu'à l'hémianesthésie et les troubles visuels consécutifs, comme des cas en ont été publiés. Mais aucun n'était peut-être aussi probant que celui observé par le docteur Ledouble, de Tours. La pathogénie en est ainsi élucidée.

Un homme de vingt-sept ans, marié depuis un an, sans enfants, riche, instruit, oisif, robuste, ne présentant aucun caractère extérieur du féminisme, mais au contraire des traits bien accusés, des muscles vigoureux, la voix forte et grave, la barbe noire et épaisse, les testicules normaux et

sans aucune hérédité nerveuse, est pris de convulsions que l'on caractérise d'hystériques. Il avoue avoir été toujours très continent et exposé, étant garçon, à deux ou trois pertes séminales nocturnes par semaine. Ayant reçu, le 17 avril, une dépêche l'informant de la perte d'une somme importante, il eut, une heure après, sa première attaque, qui s'est répétée depuis de la manière suivante :

Aura : Palpitations, anxiété respiratoire, dysphagie, bâillements répétés, céphalalgie, sensation de constriction à la gorge et à l'épigastre, engourdissement du bras gauche, hoquets intermittents. Sept à huit minutes de durée.

Contorsions : Pas de perte de connaissance. Le malade porte violemment les mains à son cou, comme s'il voulait en arracher un obstacle à la respiration ; secousses violentes de la face, du torse et des membres ; le tronc se porte à droite, à gauche et de bas en haut par des sauts, des bonds aussi étendus qu'énergiques. Même durée que l'aura.

L'accès se termine par l'expulsion d'une grande quantité de gaz par l'anus, avec émission d'une urine abondante et limpide.

Régulièrement observées à plusieurs reprises, ces crises, qui se répétaient à des intervalles variables, étaient absolument identiques. Les inhalations d'éther, d'ammoniaque, de chloroforme les provoquaient ; mais elles cessaient instantanément par la compression du testicule gauche, comme la pression de l'ovaire les arrête chez la femme.

Des douches en jet le long de la colonne vertébrale et l'usage du bromure firent cesser ces crises ; mais, dès le 5 mai, le malade se plaint de ne plus sentir son côté gauche. La sensibilité générale, dans ses divers modes (douleur, tact, température), et la sensibilité sensorielle sont effectivement annihilées dans tout ce côté. Le pincement, le chatouillement et la piqûre de la peau sont impassiblement supportés, et l'application alternative de deux vessies, remplies, l'une d'eau chaude, l'autre d'eau froide, ne donne aucune sensation. Les notions de la forme, de la consistance et du poids des objets, appréciées à l'aide de la main gauche, les yeux fermés, sont excessivement vagues. On peut toucher la conjonctive sans provoquer le larmoiement et le clignement. L'aspiration des vapeurs ammoniacales et chloroformiques est sans action maintenant sur le développement

des attaques hystériques; de plus, le chatouillement de la pituitaire avec les barbes d'une plume d'oie n'occasionne pas l'éternuement. La sensation gustative est abolie à gauche, comme on le vérifie en portant successivement une solution sucrée et une solution non sucrée sur chaque moitié de la langue. L'audition est très affaiblie du même côté; le malade n'entend pas le tic-tac d'une montre tenue à un centimètre de son oreille.

La pression exercée par la main gauche est intermittente, saccadée, mais non diminuée. Mesurée avec le dynamomètre Mathieu, elle donne 68. Celle de la main droite atteint 70°. La contractilité électro-musculaire est bien conservée. Le malade marche en soulevant bien sa jambre gauche, mais en accusant tous les signes de l'hémianesthésie plantaire.

La vue est modifiée aussi à gauche. Le champ visuel a son étendue normale; l'acuité oculaire est parfaite; l'examen ophthalmoscopique prouve l'intégrité des milieux transparents et des membranes, mais toutes les couleurs ne sont pas également perçues par la rétine. Les couleurs que les ophthalmologistes appellent *couleurs centrales :* le vert et le violet, ne sont pas aperçues ; les couleurs périphériques : le rouge, le jaune et le bleu, sont, par contre, très-bien distinguées.

L'hémianesthésie, dont le siège a été si bien précisé dans ces dernières années, était donc évidente, et la guérison la confirma. Un aimant volumineux en fer à cheval servit à cet effet. Ses deux extrémités furent appliquées sur l'avant-bras gauche et maintenues ainsi pendant vingt minutes. La sensibilité sensorielle reparaissait aussitôt, en même temps qu'elle disparaissait du côté droit. Il suffit alors d'en appliquer un sur l'épaule de ce côté pour empêcher cette anesthésie de transport, découverte par M. Gellé. Une semaine après, la guérison était complète. (*Tribune méd.*, n° 577.)

Hystéro-épilepsie. Voy. EPILEPSIE.

I

INJECTIONS. Ce mode d'administration des médicaments s'étend de plus en plus. La digitaline, la quinine, qui

y paraissaient le plus réfractaires, y sont soumises ; le camphre même, dissous dans l'huile d'olive, est employé contre l'insomnie des aliénés. (Voy. ALIÉNATION.) L'ergotine est de plus en plus employée, jusque dans le goître, et l'usage de la pilocarpine a pris sous cette forme une extension considérable, comme on le verra plus loin.

Analgésie thérapeutique croisée. On connaît l'action calmante d'une simple piqûre de la peau ou des injections sous-cutanées d'eau pure contre les névralgies. Mais un fait nouveau en a été constaté par M. Dumontpallier : c'est que cette piqûre ou cette injection hydrique peut calmer la douleur du côté opposé du corps, si elle est faite dans un point homologue. Une piqûre faite, par exemple, dans un point de l'espace intercostal du côté droit, a pu calmer une douleur existant dans le même point du côté gauche. Même résultat pour des arthrites rhumatismales aiguës. M. Dumontpallier a démontré de même que la pulvérisation d'éther sur un des avant-bras déterminait l'anesthésie dans la partie correspondante de l'avant-bras du côté opposé.

Injections d'ergotine. Voici à quelles doses les solutions ont été employées :

	Eau.	Glycérine.	Alcool.	Ergotine.	Extrait p. 100
Terrier..............	15	15	»	4	11,76
Tolini..............	3	3	3	3	25
Hildebrand.........	13	2	»	3	16,70
Moutard-Martin.....	15	15	»	2	6,25
Dujardin-Beaumetz.	8,20	»	»	1,20	12,77
Bucquoy............	»	30	»	2	6,25

La solution de M. Yvon, imaginée pour remédier aux nombreux inconvénients de ces préparations diverses, par l'inconstance et l'instabilité des effets obtenus, se prépare de la manière suivante, indiquée à la page 132 de son *Traité de formuler.*

« On pulvérise grossièrement le seigle ergoté et on le prive de son huile fixe par un lavage au sulfure de carbone rectifié. On fait ensuite sécher à l'air libre et à l'abri de la lumière jusqu'à disparition totale de l'odeur du dissolvant.

« On introduit cette poudre dans un appareil à déplace-

ment et on l'épuise *à froid* par l'eau distillée renfermant 2 grammes pour 1000 grammes d'acide tartrique. On chauffe le liquide obtenu, de façon à coaguler les matières albumineuses, si elle en contient, auquel cas on filtre à nouveau, puis on réduit au bain-marie au tiers environ de son volume. On laisse refroidir et l'on filtre; on fait alors digérer avec un léger excès de carbonate de chaux récemment précipité, de façon à saturer l'excès d'acide tartrique. On filtre, on évapore en consistance sirupeuse et l'on précipite avec de l'alcool à 90 degrés en quantité telle qu'elle puisse fournir avec le liquide aqueux de l'alcool à 70 degrés. On filtre de nouveau; on évapore pour chasser entièrement l'alcool.

« On reprend par l'eau distillée en quantité inférieure au poids du seigle ergoté employé, et cela en présence du noir animal. On filtre une dernière fois, on ajoute au liquide filtré 15 centigrammes d'acide salicylique par 100 grammes de seigle ergoté en traitement, et l'on parfait avec l'eau distillée, de manière à obtenir un poids de liquide égal à celui de l'ergot qui a servi à préparer la solution. On laisse déposer quelques jours dans un endroit frais, puis on répartit l'extrait dans de petits flacons.

« Le liquide ainsi obtenu est d'une belle couleur ambrée et se conserve parfaitement; il précipite abondamment par tous les réactifs des alcaloïdes.

« Un gramme de ce liquide représente 1 gramme d'ergot et en renferme le principe obstétrical et hémostatique. »

L'usage en a été étendu par le docteur Vidal à la guérison du prolapsus du rectum. Trois succès en ont été obtenus par lui. L'ergotine aurait ainsi un effet spécial sur les fibres des muscles lisses que les simples applications topiques sur la muqueuse rectale prolabée n'auraient pas. C'est à voir. (*Acad. de méd.*, juillet.)

Injections de pilocarpine. La difficulté de doser le jaborandi, autant que son activité, ont fait recourir à son alcaloïde. Le chlorhydrate et le nitrate de pilocarpine ont ainsi été expérimentés dans l'accouchement provoqué, contre l'albuminurie, les fièvres intermittentes. (*V. ces mots.*) Ils peuvent être employés sous cette forme toutes les fois qu'il s'agit de provoquer la sécrétion de la sueur et de la

salive, à condition que les reins, qui servent à leur élimination, soient sains et perméables.

Voici la formule de ces injections :

℞ Chlorhydrate de pilocarpine....	20 centigrammes.
Eau distillée..................	10 grammes.

Mêlez.

Une seringue de Pravaz contenant 1 centimètre cube renferme ainsi 2 centigrammes de pilocarpine.

L'état du cœur, l'adipose et la stéatose, l'athérome des artères seraient aussi à considérer, car l'angoisse, la lassitude déterminées par ces injections fatiguent tellement les malades qu'ils refusent de continuer. Une syncope fut aussi observée par M. Leudet, chez un malade atteint d'une lésion organique du cœur. Le docteur Massart, de Honfleur, a même vu la mort s'ensuivre chez un homme de trente-deux ans, atteint d'ascite d'origine cardiaque. Deux injections de 20 milligrammes de chlorhydrate de pilocarpine avaient déjà été faites, lorsqu'à la troisième succéda une syncope mortelle en un quart d'heure. Deux opérés de cataracte, sur lesquels le docteur Chalot observa des phénomènes syncopaux, présentaient une athéromatosie perceptible au tact de presque toutes les artères.

Leur usage prolongé, à la dose de 20 à 25 milligrammes, contre les accidents consécutifs à la cataracte par extraction, employé chez un grand nombre d'opérés par différents ophthalmologistes, a non seulement été inutile, aussi bien que contre les rétinites, les choroïdites, les atrophies papillaires ; parfois même, il produit des accidents, comme dans la pratique de M. Chalot, et des phénomènes d'intoxication. Une injection de 10 centigrammes, faite par erreur, détermina de la salivation, de la sueur et des vomissements, des selles séreuses et du refroidissement, comme dans le choléra. La malade ne se rétablit qu'après des soins prolongés. (*Ass. française.*) Voy. ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ, ALBUMINURIE, ECLAMPSIE, FIÈVRE INTERMITTENTE.

Injections morphinées. *Dangers.* L'abus qu'on en fait aujourd'hui à la moindre douleur et que les malades demandent et se font eux-mêmes d'après la mode établie est la

source d'accidents plus ou moins graves. Leur usage semble ainsi prédisposer à la suppuration, suivant M. Dujardin-Beaumetz. Il a remarqué que, chez les malades saturés de morphine, les morphiomanes, toute piqûre provoque un abcès, quelle que soit la seringue employée. C'est à l'occasion d'un phlegmon de la paroi abdominale, survenu dans ces conditions et ayant déterminé la mort, qu'il a fait cette interprétation. M. Trélat a même vu survenir des clous et de petits phlegmons ailleurs qu'aux piqûres chez les morphiomanes.

Il est probable cependant que ce n'est là qu'une intolérance spéciale, ou une prédisposition particulière à la suppuration. 14 injections morphinées ont été suivies de 11 abcès chez la même malade, dit M. Féréol, et une cancéreuse qui s'injectait 4 grammes de morphine par jour n'en eut aucun. D'autre part, deux malades à l'hôpital d'Ivry, qui recevaient cette injection pour la première fois, eurent chacun un abcès au siège des deux injections qui leur furent pratiquées. (*Soc. de thérap.*, janvier.) Il y a donc lieu d'être plus réservé dans l'emploi de ce moyen commode et de s'arrêter dès que la disposition à la suppuration se révèle.

Pour montrer que le morphinisme seul est la principale cause de ces accidents, le docteur H. Petit invoque des observations concluantes. Une dame adonnée à la morphine depuis sept ans, observée par le docteur Braithwaite, eut ainsi des avortements répétés, des abcès, un érysipèle partant d'une piqûre, avec vomissements, diarrhée, prostration et tous les accidents généraux des morphiomanes. Un opéré de M. Trélat eut un abcès volumineux de la fosse ischio-rectale et un autre derrière le moignon de l'épaule, loin des piqûres. Chez un malade de M. Siredey, une légère brûlure du poignet se transforma en un ulcère, large comme une pièce de deux francs et profond de 3 millimètres. Une simple incision de 3 centimètres, faite par M. Verneuil pour la résection du nerf radial, amena un phlegmon diffus qui enleva l'opéré en cinq jours.

Ces complications peuvent être d'autant mieux attribuées au morphinisme que la présence du sucre et de l'albumine a été rencontrée par Levinstein dans les urines des morphiomanes comme dans celles des alcoolisés et des diabétiques. MM. Laborde et Calvet ont même constaté de la con-

gestion du foie et des reins. (*Bull. de thérap.*, nos 4 à 10.) Une simple piqûre pour injection morphinée suffit ainsi à produire des abcès et la suppuration, comme un traumatisme étendu y prédispose à bien plus forte raison.

Bromhydrate de morphine. Le docteur Landrieux emploie une solution au 50e et injecte de 5 milligr. à 1 à 2 centigr. par jour. Plus soluble que la morphine, le sel peut être employé à la dose moitié moindre que le chlorhydrate, parce que, grâce au brome, il serait plus sédatif ; même au point de vue toxique, le brome serait plutôt un antagoniste précieux ; ainsi, pour les vaisseaux, cet antagonisme a des résultats tout particulièrement heureux au point de vue du morphinisme ; c'est ainsi, dit l'auteur, que l'on n'observe pas cette espèce de diathèse purulente, fréquente après des injections répétées de chlorhydrate de morphine, ni les symptômes généraux, tels qu'hébétude, subcoma, etc., des morphiomanes. Le bromhydrate de morphine est le médicament par excellence des modifications irritatives de l'axe spinal et de ses dépendances. (*Journ. de thérap.*, nos 4 et 6.)

De la guérison rapide des accès d'asthme par l'emploi des injections hypodermiques de morphine, et de l'action eupnéique de la morphine, par le docteur Huchard ; brochure grand in-8e de 31 pages. Paris, librairie *Germer Baillière*. (V. *année* 1878.)

Injections d'hyosciamine. Un quatorzième de grain, injecté par M. Leared à un phthisique à qui la morphine ne suffisait plus pour le calmer ni le faire dormir, détermina aussitôt une violente céphalée, avec vertiges, puis vomissements, délire, agitation, pupilles dilatées ; le malade voyait tous les objets plus rapprochés de lui qu'ils ne l'étaient. Pouls faible, vue troublée. Ces accidents ne cessèrent que vingt-quatre heures après. (*Lancet*, 5 avril.)

L'action de l'hyosciamine serait-elle donc intensifiée après l'usage de la morphine, son antagoniste ?

Injections intra-veineuses d'ammoniaque. La transfusion du sang et du lait dans les veines, en autorisant ces injections, n'en atténuent pas le danger, car, outre la piqûre

du vaisseau, il y a le danger de l'agent médicinal. Les injections coagulantes contre les anévrysmes, les nævi, les varices et les hémorrhoïdes sont ainsi extrêmement dangereuses. Aussi ne doivent-elles être employées que dans les cas graves et à la dernière extrémité. Les injections d'eau dans le choléra, de chloral dans le tétanos, d'éther et d'alcool dans le collapsus, en sont des exemples, ainsi que l'ammoniaque injectée comme antidote contre la morsure des serpents.

Sans rechercher expérimentalement, comme Richardson et Hamilton l'ont fait, si l'ammoniaque a la propriété de suspendre la coagulation du sang frais, et sans préjuger de là que, par son extrême volatilité, l'élimination latente de l'ammoniaque du sang est la cause de cette coagulation, nous rapporterons les récentes applications qui en ont été faites en Amérique.

Après des expériences sur les animaux et quelques essais sur l'homme à l'hôpital de Bellevue de New-York, cet agent est préconisé par Greiswold comme un stimulant du cœur, chez les individus épuisés, moribonds, menacés de syncope fatale. Des chiens épuisés par les vivisections et près d'expirer, ayant reçu 2 grammes d'ammoniaque liquide dans une veine, ont bientôt manifesté des battements plus forts du cœur ; la systole acquiert une énergie nouvelle qui vide les ventricules ; le cœur réagit, et des signes de vie, des mouvements ont lieu.

Un phthisique moribond était sans connaissance, lorsque son frère arriva pour le voir, voulant lui parler. 4 grammes d'ammoniaque furent injectés dans la veine céphalique, et, en cinq minutes, le malade se réveilla, parla et ne perdit définitivement connaissance qu'une demi-heure après.

Un homme de quarante-cinq ans avec cirrhose et ascite était sur le point d'expirer. Six injections sous-cutanées de 2 grammes d'eau-de-vie et autant d'éther n'avaient pu le tirer de sa léthargie, non plus que les inhalations de nitrite d'amyle et d'ammoniaque. 4 grammes d'ammoniaque furent dès lors injectés dans une veine superficielle de l'avant-bras, et, vingt secondes après, le cœur recommença à battre, le pouls revint, le malade reprit connaissance et parla pendant un quart d'heure, pour succomber une demi-heure après.

Un succès plus remarquable a été obtenu dans la clinique du professeur Flint, qui en a fait l'objet d'une leçon dont voici le résumé : Femme de quarante-sept ans, ponctionnée huit jours auparavant pour une ascite que l'on crut symptomatique d'une cirrhose, à cause d'un épanchement coïncidant dans la plèvre droite. Des nausées persistantes et le dégoût des aliments l'avaient réduite à une grande faiblesse, sans dyspnée marquée, lorsque l'interne fut appelé près d'elle comme prête à mourir. Elle était moribonde, et, comme rien ne pouvait agir plus vite, il pratiqua immédiatement la thoracentèse, dans l'espérance qu'en donnant plus d'amplitude au poumon, en facilitant l'hématose, le cœur reprendrait de l'activité. Plusieurs injections sous-cutanées d'alcool furent pratiquées simultanément, comme excitantes, sans nul résultat ; la vie continuait à disparaître, et c'est alors qu'une injection intra-veineuse d'ammoniaque fut pratiquée, avec la précaution de découvrir préalablement la veine, afin de faire pénétrer plus sûrement l'aiguille à l'intérieur. L'opérée n'en parut éprouver aucun sentiment ; mais, en quelques secondes, il y avait une augmentation marquée des battements du cœur. En deux minutes, le pouls était redevenu sensible, et, deux minutes ensuite, elle ouvrit les yeux et remua. On lui fit avaler un lait de poule alcoolisé, et, dès le soir même, elle était complètement revenue à elle. Elle continua à aller de mieux en mieux et pouvait s'asseoir le troisième jour. (*Boston med. and surg. journ.*, juillet, nº 2.)

Plus d'un détail manque à cette observation pour rendre concluante l'action de l'ammoniaque. On ne dit pas si le cœur était déplacé, si l'effet de la thoracentèse n'a pas contribué à en rétablir les battements. On ne juge que du résultat final, et l'on proclame l'efficacité stimulante de l'ammoniaque pour ranimer les mourants et dont l'innocuité est au moins démontrée par ce fait. C'est à l'avenir d'en juger, en l'employant ainsi *in extremis* chez les asphyxiés ou les trachéotomisés, les syncopés surtout, avec la précaution de découvrir la veine avant de la piquer.

A Liverpool, M. Hamilton injecta dix gouttes d'ammoniaque dans la veine céphalique droite d'une femme de cinquante-deux ans, apportée ivre morte à l'hôpital. L'usage de la pompe stomacale et de l'électricité n'avait pu la tirer

du coma où elle était, lorsque quelques secondes après l'injection, elle se réveilla, ouvrit la bouche et les yeux et reprit bientôt connaissance. Ces injections ont également réussi dans un empoisonnement par l'acide phénique. (*Lancet*, n° 5, août.)

Injections intra-veineuses de lait et de sucre. Voy. Polyurie, Transfusion.

Injections d'éther et d'eau-de-vie. Dans le cas d'insertion vicieuse du placenta, quand il s'est produit une hémorrhagie abondante, que la femme est exsangue, et qu'il faut se hâter tout à la fois de relever la température et de stimuler les centres nerveux, M. Chantreuil conseille d'injecter de l'éther sulfurique (à la dose de 4 grammes par exemple) dans le tissu cellulaire sous-cutané. Un peu plus tard, on pratique une ou plusieurs injections semblables de cognac. Sous leur influence, les syncopes cessent, la chaleur se rétablit et la malade se ranime. De sorte que, si la transfusion devient indispensable, on a du moins gagné du temps. (*Union médicale*, 15 juillet 1879.) Voy. Hernies.

Injections ferrugineuses. *Ivresse ferrique.* M. Luton a injecté avec succès de 5 à 20 gouttes d'une solution de fer dialysé sans déterminer le moindre trouble local. L'effet immédiat en est une sensation de chaleur générale, plutôt agréable qu'autrement, une hyperémie générale avec une grande activité mentale, comme après la transfusion du sang. C'est une sorte d'intoxication ou ivresse ferrique dont l'intensité et la durée sont proportionnées à la dose injectée. L'appétit est plutôt diminué qu'augmenté ; mais, au lieu de la constipation qui suit ordinairement l'absorption du fer par la voie gastrique, les selles sont faciles ; l'urine est plus foncée, sans augmentation sensible. (*Mouvem. méd.*, 21 juin.)

Il est donc facile de pratiquer ces injections, tout pharmacien pouvant préparer le fer dialysé.

J

JURISPRUDENCE. *Responsabilité du médecin qui livre des médicaments.* Un arrêt motivé de la Cour de Paris a consacré

cette responsabilité à l'égard du docteur L..., qui avait préparé et livré par erreur, en mai 1878, à un jardinier d'Avallon, une infusion d'écorce de fausse augusture qui lui avait été vendue, par un pharmacien R..., pour de l'écorce de racine de grenadier. Trompé par la ressemblance, le praticien l'administra de confiance, malgré la couleur et l'odeur spéciales, qu'il n'avait pas observées quelques jours auparavant en préparant une véritable infusion d'écorce de grenadier pour un autre malade. La mort par empoisonnement du malade s'en étant suivie, le 30 mai, la Cour a condamné pharmacien et médecin d'après les considérants suivants :

« Le premier, par le fait d'avoir vendu pour de la racine de grenadier une substance qui, suivant les constatations de l'expertise, recèle de la brucine, lequel fait constitue à la charge de R... une faute qui engage sa responsabilité d'une manière d'autant plus grave qu'elle a eu pour résultat d'induire en erreur le docteur L... et a ainsi été la première cause du malheur qui leur est justemeut reproché ;

« Que, de son côté, le docteur L..., usant des immunités de la loi du 21 germinal an XI, assume dès lors les responsabilités qui en dérivent, sans pouvoir en rejeter la charge sur le pharmacien, son vendeur, dont la faute ne peut le dégager complètement des conséquences de sa propre imprudence, *qui a consisté à ne pas s'assurer de la nature du médicament dont il est devenu détenteur, et qu'il a préparé lui-même pour en faire l'objet de son ordonnance* ;

« La Cour ayant acquis la conviction que si la fausse augusture présente, il est vrai, d'assez grandes analogies avec l'écorce de racine de grenadier, cependant le docteur L... aurait dû constater lui-même les différences qui existent entre ces deux substances, d'autant plus qu'il s'était aperçu de l'odeur inaccoutumée que présentait l'infusion qu'il avait préparée... ;

« ... Par ces motifs, émendant le jugement du tribunal d'Avallon qui l'avait condamné seulement à 25 francs d'amende, la Cour a élevé à 200 francs l'amende prononcée contre le docteur L..., et condamne R..., pharmacien, à quinze jours d'emprisonnement en plus et maintient contre lui la peine de 200 francs d'amende prononcée par le jugement. »

Déontologie. La conférence des avocats réunis récemment, sous la présidence de M. Nicolet, bâtonnier, a discuté la question suivante :

« Le médecin qui assiste à un accouchement est-il obligé, en présentant l'enfant à l'officier de l'état civil, de déclarer le nom de la mère naturelle ? »

L'affirmative a été soutenue par MM. Tournade et Sureau ; la négative, par MM. Humard et Fliche. M. Rouard de Card, ministère public.

La conférence a adopté la négative.

Surmenage d'un jeune apprenti. En déterminant une ostéo-périostite, comme c'est si souvent le cas chez les jeunes enfants, il rend un patron responsable des infirmités qui peuvent en résulter. Ainsi jugé par la Cour d'appel d'Angers, le 20 mars 1878, sur le rapport de la Société de médecine légale de Paris, réformant un jugement du tribunal civil de Château-Gontier, du 29 août 1877, dans la cause suivante.

Un enfant entre dans l'atelier d'un ajusteur-mécanicien comme apprenti menuisier. Le 23 juillet 1875, le contremaître charge cet apprenti de treize ans et sept mois et demi de nettoyer les bouilleurs, puis le cendrier, trente-huit heures seulement après l'extinction du feu! Suffoqué par la chaleur et la poussière, l'apprenti sort pour respirer et se laver ; mais le contre-maître le contraint aussitôt, avec menaces grossières et violentes, de continuer sa besogne. L'enfant rentre ainsi dans cette espèce de cave, de 1 mètre de haut sur 80 centimètres de large et 4 mètres de long, et y reste à genoux, le corps courbé, pendant trois heures consécutives, s'appuyant tantôt sur une jambe, tantôt sur l'autre. Il a dû, en sortant de là, pénétrer dans les bouilleurs pour les nettoyer et le lendemain ramoner les carreaux. Aussi, dès le surlendemain, il était pris de fièvre, et le médecin constate sur les deux jambes un érythème manifeste, avec ecchymoses diffuses qui furent le début d'une ostéo-périostite aiguë disséminée, suivie d'une coxalgie de la hanche droite, constituant des infirmités incurables, qui empêchent ce garçon de se tenir debout et de gagner sa vie.

Débouté de sa demande en dommages-intérêts en première instance, parce que ces conséquences désastreuses de

l'ostéo-périostite étaient attribuées à la constitution débile de l'apprenti, quoique les experts eussent ajouté qu'elle eût pu sommeiller longtemps, indéfiniment peut-être, sans l'occasion, c'est-à-dire le surmenage qui en a provoqué l'évolution, le père en rappela, en demandant l'assistance judiciaire, laquelle s'adressa à la Société de médecine légale. Et c'est sur le rapport motivé du docteur de Beauvais que la Cour d'appel, appréciant mieux cette cause déterminante du travail excessif et insalubre, imprudemment et arbitrairement imposé à l'enfant, a condamné le patron Esnault, comme responsable des actes de son préposé, à verser une somme de 6,000 francs pour l'enfant et 500 francs au père pour frais de maladie, ainsi qu'à tous les frais de l'instance. C'est un exemple que, en dehors des prescriptions de la loi protectrice sur le travail des enfants dans les manufactures, il y a des ménagements à observer sur eux et sans lesquels les plus graves conséquences sont à redouter pour ces enfants comme pour leurs patrons. (*Union méd.*, n° 129.)

K

KYSTES. *Résorption.* Quelques gouttes d'une solution de chlorure de zinc, aussi concentrée que possible, injectées avec soin dans les kystes sanguins, sans que la seringue bave dans le trajet, ont donné des résultats remarquables à M. Th. Anger dans les kystes muqueux. (V. *année* 1875.) Il se produit dans la poche des phénomènes de réaction, sans suppuration, et, si la réaction a été vive, les produits hématiques se résorbent facilement. C'est ainsi que les tissus vivants mortifiés par les substances antiseptiques, comme l'acide phénique, le thymol, le chlorure de zinc, sont résorbés avec une grande facilité, si rien ne vient troubler les phénomènes de réparation. (*Congrès internat. d'Amsterdam.*)

Kyste du péricarde. C'est le troisième cas seulement à ajouter à ceux de Laennec et de Davaine. Il a été rencontré par le professeur Bernheim sur un homme de soixante-sept ans, malade depuis deux ans. On constatait un cœur volumineux avec battements énergiques, sans bruit anormal, pouls veineux. L'œdème pulmonaire avait diminué sous

l'influence de la diurèse, quand le malade succomba subitement à une syncope.

L'autopsie révéla une symphyse péricardique avec hypertrophie notable. Une poche, comme un gros œuf de poule, existe à la face postérieure des ventricules. C'est un kyste de 9 centimètres d'étendue en travers et de 5 de haut en bas, siégeant dans les feuillets du péricarde, avec une enveloppe fibreuse de 4 millimètres d'épaisseur, et dont la face interne est parsemée de plaques calcaires, avec quelques anfractuosités. Des membranes d'un blanc grisâtre, gélatiniformes, pelotonnées, sans liquide, appartenant à des vésicules d'hydatides, sont trouvées à l'intérieur, sans aucune trace de crochets.

Au-dessous, le tissu musculaire du cœur était parfaitement intact. (*Revue méd. de l'Est*, n° 9.)

Kystes de l'ovaire. *Tintement métallique et bruit de succussion.* Ces phénomènes ont été constatés par M. Charcellay après la rupture du kyste dans l'intestin et dans le péritoine, se manifestant subitement par de nombreuses et abondantes évacuations d'un liquide infect. On percevait à l'auscultation le tintement métallique et le bruit de flot du liquide, comme M. Laboulbène l'avait observé en 1875. (V. ABCÈS ABDOMINAL.) Une péritonite ayant amené la mort en quelques jours, l'autopsie révéla la rupture du kyste et sa communication avec l'intestin. (*Soc. méd. d'Indre-et-Loire.*)

Kyste hydatique des parois abdominales. Une femme de quarante ans entra à la clinique de la Charité pour une tumeur abdominale gauche très développée avec une fluctuation marquée. Elle ne se déplaçait pas par les mouvements, ce qui fut attribué aux adhérences, et plusieurs chirurgiens avaient ainsi diagnostiqué un kyste de l'ovaire. L'ovariotomie étant contre-indiquée par les adhérences supposées, M. Trélat fit une ponction exploratrice qui donna un liquide purulent, puis jaune, comme une émulsion brillante et granulée, avec des membranes. Une seconde ponction étant devenue nécessaire, vingt jours après, 2 kilogrammes de vrai pus sortirent. La malade ayant succombé, l'autopsie montra qu'il s'agissait d'une poche extra-péritonéale sans

connexité avec l'ovaire. C'était un kyste hydatique siégeant dans la paroi abdominale. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, octobre.)

Kyste déhiscent. *Ouverture dans la vessie.* Chez une femme de trente-quatre ans, une tumeur abdominale avait disparu à plusieurs reprises pour se reproduire ensuite. Elle avait été ponctionnée différentes fois, lorsque, le 30 mai, M. Tillaux pratiqua l'ovariotomie. Il trouva un kyste déhiscent adhérant intimement avec la vessie. Il s'ouvrait ainsi dans cette cavité, et cette femme l'avait uriné plusieurs fois. Douze litres de liquide en furent extraits. Il fallut sectionner le kyste et laisser une surface saignante, sur laquelle une vingtaine de ligatures au catgut furent nécessaires pour tarir l'écoulement sanguin. Cette femme guérit. (*Soc. de chir.*, octobre.)

L

LAIT. *Instruction sur l'essai et l'analyse du lait.* Extrait de l'*Hygiène publique et privée* de M. le professeur Bouchardat, par A. Bouchardat et Th.-A. Quévenne. Brochure in-folio de 32 pages, avec planches et tableaux. Troisième édition. Paris, librairie *Germer Baillière.*

Le lait joue un si grand rôle dans l'alimentation publique, celle des enfants en particulier, que sa bonne qualité, sa pureté sont d'un intérêt public de premier ordre. Telle est aujourd'hui l'importance de la diète lactée en thérapeutique et la fréquence de son emploi, que cette *Instruction*, pour constater la pureté du lait et en reconnaître les falsifications, les altérations si fréquentes et variées, est indispensable non seulement aux médecins et aux pharmaciens, comme à tous les agents de la salubrité et de l'hygiène publique, mais encore à toutes les personnes soucieuses de s'éclairer sur la qualité de ce précieux aliment. La clarté des préceptes et la facilité, la simplicité des expériences sont ici à la portée de tout le monde.

Du régime lacté dans les maladies, par le docteur Debove, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1878. In-8 de 115 pages.

LANGUE. *Trachéotomie préliminaire à son excision.* Outre le danger immédiat de suffocation de l'opéré par l'écoulement du sang dans les voies digestives et respiratoires, il y en a un consécutif, bien plus redoutable, selon M. A. Barker : c'est la pneumonie septique, la septicémie causée par la rétention et la décomposition du sang dans les bronches. Sur 50 cas d'excision de la langue collectés par le docteur Schläpfer, dont 41 sont dus à des chirurgiens anglais, 11 opérés sont morts de ces conséquences directes. Et sur 21 opérés d'un épithélioma de la langue à l'hôpital de *University's College*, de 1871 à 1877, 8 sont morts, dont 5 de pneumonie septique. Soit l'énorme proportion totale de 22,5 pour 100 de mortalité par cette cause.

M. Barker, averti par cette terminaison fatale, arrivée dans un cas d'excision de la langue pratiquée le 6 septembre 1876, et considérant comme indispensable au succès de l'opération de prévenir cet écoulement du sang pendant et après, en empêchant l'air inspiré de passer sur la surface de la plaie, et de faciliter l'écoulement des liquides de la bouche par un drainage permanent, résolut de pratiquer à l'avenir la trachéotomie préliminaire et de placer un tube dans le plancher de la bouche. Trois excisions de la langue ont été faites depuis dans ces conditions, l'une sur un jardinier de quarante-neuf ans, le 3 avril 1879, et deux autres en avril 1879, toutes trois suivies de succès. Voici le manuel de cette opération.

Le malade étant chloroformé, une ouverture circulaire est faite à la partie antérieure de la trachée par l'excision d'une partie du cartilage cricoïde et du premier annexe ; puis la canule de Trendelenburg est placée, et, la respiration étant bien établie, l'opération principale est exécutée librement, sans gêne ni crainte d'accident, en ouvrant le champ aussi largement qu'il est nécessaire. Un tube est placé dans le plancher de la bouche pour l'écoulement des liquides, et une canule est insérée ensuite dans l'ouverture trachéale, pour suffire librement à la respiration. Le nez et la bouche sont obturés, et la plaie est ainsi mise dans les mêmes conditions que dans les autres parties du corps, sans être exposée à l'air chaud ou froid et plus ou moins chargé de germes putrides. C'est donc là une modification importante. (*Lancet*, août, nos 7 et 8.)

LAPAROTOMIE. Exclusivement réservée autrefois à l'opération césarienne, l'ouverture abdominale a aujourd'hui des applications multiples et chaque jour plus fréquentes depuis l'introduction de l'ovariotomie. Elle est ainsi pratiquée couramment pour l'extirpation des polypes intra-utérins et les tumeurs extra-utérines, l'excision des ovaires, et admise par tous les jeunes chirurgiens pour la recherche des étranglements internes. Le docteur Marsh en a communiqué un nouveau succès, le 14 février, à la Société clinique de Londres, obtenu à l'hôpital Saint-Barthélemy, sur une femme de quarante ans qui sortit guérie deux mois après. Elle est aussi pratiquée dans la grossesse extra-utérine, mais à la condition de la faire de bonne heure, selon le docteur Harris, de Philadelphie.

On la préconise même pour l'ablation de l'utérus dans le cancer de cet organe. (Voy. CANCER, ETRANGLEMENT, HYSTÉRECTOMIE, OVARIOTOMIE NORMALE.)

A l'exemple de M. Willett, l'ouverture abdominale a été pratiquée aussi par M. Chr. Heath contre la rupture vésicale, comme la voie la plus directe pour fermer et suturer la déchirure, étancher et laver le péritoine de l'urine qu'il contient. L'opéré est mort le sixième jour, et la rupture a été trouvée à la partie inférieure. Voy. VESSIE.

Ce n'est pas que la pulvérisation phéniquée en prévienne tous les accidents septicémiques. Sur 10 laparotomies pratiquées par le docteur Czerny, il y en a eu plusieurs cas. C'est une sourdine à l'enthousiasme des jeunes chirurgiens admettant l'innocuité de l'ouverture des grandes cavités, grâce à cette mesure.

LARYNGOTOMIE. *Die Laryngotomie zur Entfernung intralaryngealer Neubidungen* (Laryngotomie pour l'ablation des tumeurs intra-laryngées), par Paul Bruns, professeur de chirurgie à Tubingue. Berlin, 1878.

Emanant du laryngoscopiste allemand le plus autorisé comme ayant remporté le premier prix Riberi de 20,000 francs, cet ouvrage mérite d'être signalé. Dirigé contre la laryngotomie, qui est la méthode française pour l'extraction des tumeurs intra-laryngiennes, il a pour but d'en diminuer les indications, celles de la thyréotomie surtout, pour augmenter d'autant celles de la laryngoscopie, qui

est la méthode presque exclusivement employée en Allemagne, comme par Mackensie en Angleterre et le docteur Fauvel en France. Aucune n'est absolument exclusive sans doute; mais l'auteur croit que le plus ou moins d'habitude du laryngoscope est la principale cause qui fait recourir de préférence à l'extraction interne ou externe. On s'explique ainsi que les spécialistes emploient la première et les chirurgiens purs la seconde.

L'auteur montre qu'elle réussit beaucoup moins que la laryngoscopie et offre plus de dangers. C'est donc à en préciser les indications que cet ouvrage est destiné, et, sous ce rapport, il s'adresse surtout aux chirurgiens français. (*Revue mens.*, janvier.)

LITHOLAPAXIE. C'est le nom donné par le docteur H. Bigelow à sa nouvelle méthode de la *lithotritie avec évacuation* en une seule séance. (V. *année* 1878.) Les succès s'en multiplient et s'en confirment à l'épreuve. *Sir* H. Thompson, malgré les objections qu'il lui a faites au début, n'a pas dédaigné de s'en servir, avec quelques modifications. Dans un récent mémoire sur ce sujet : *La lithotritie en une seule séance*, il en relate treize applications, qui, sauf la première, faite en décembre 1878, furent toutes exécutées cette année. Le calcul le plus volumineux de cette série pesait 521 grains sur la balance (33 gr. 265). Le malade avait soixante-dix-huit ans. Un lithotriteur perfectionné et volumineux fut fabriqué spécialement à cet effet. Aussi une séance supplémentaire fut jugée nécessaire par le célèbre spécialiste anglais. La première dura vingt-cinq minutes, et la seconde, trois jours après, treize seulement; aussi proclame-t-il ce résultat comme très encourageant. Mon expérience a confirmé, dit-il, peut-être au delà de mes espérances, la prévision de pouvoir compléter la lithotritie en une seule séance prolongée plus qu'auparavant, et je n'hésite pas à déclarer que nous devons au professeur Bigelow la démonstration que cette manipulation prolongée est mieux tolérée par la vessie que la présence des fragments brisés, anguleux, qu'on laissait dans ce viscère pendant un temps plus ou moins long. Il est évident qu'ils y causaient plus de dommages que l'emploi des instruments pour les extraire d'un seul coup. (*British med. journal*, 2 août.) Cette déclaration

explicite ne laisse donc rien à désirer pour insister sur l'extraction complète des fragments brisés.

Celle de M. Cadge, qui rapporte cinq applications de la nouvelle méthode, exécutées à l'hôpital de Norfolk et Norwich, où les calculeux sont très nombreux, est plus réservée. Le plus volumineux calcul extrait en une seule séance pesait 240 grains (15 gr. 60); le lithotriteur ordinaire non fenêtré et le plus petit cathéter de Bigelow furent employés à cet effet, et il fut aisé de constater, dit l'auteur, que plus le cathéter évacuateur est large, plus l'évacuation des fragments est facile et rapide. Une plus longue expérience me rendra peut-être capable de surmonter les inconvénients de ces volumineux instruments et en même temps de les manier plus facilement; mais je crois, ajoute-t-il, que ce nouveau procédé ne doit pas être tenté sur le vivant par celui qui n'en a pas déjà acquis l'habitude sur le cadavre, pour exécuter heureusement tous les petits *knocks and tricks* de la lithotritie. (*Lancet*, 5 avril.)

Employée par M. Walter Coulson, le 1er octobre, sur un cordonnier de 28 ans, qui souffrait depuis dix-huit mois de la pierre, cette méthode donna un succès complet en une séance de 24 minutes, sans aucun accident consécutif. (*Lancet*, n° XIX.)

Aux 12 cas publiés l'année dernière avec un seul décès, l'auteur de la nouvelle méthode en relate 9 autres opérés tous heureusement. Deux de ces succès sont surtout remarquables par le volume de la pierre. L'une était un calcul oxalique, dur comme le marbre, de 302 grains (19 gr. 63.) C'était, jusque-là, le plus volumineux évacué immédiatement en une séance, qui avait duré une heure vingt-sept minutes; mais le dernier (*case XXI*) l'est encore bien davantage. Les fragments pesaient 720 grains (46 gr. 8). Le lithotriteur de Thompson ne put le saisir, et le plus gros cathéter évacuateur (n° 30) dut être employé. Quatre broiements successifs de six minutes en moyenne et cinq lavages de la même durée furent nécessaires. Avec les intervalles, une heure dix-sept minutes suffirent pour l'opération complète. C'était le 22 juillet dernier sur un garçon de vingt-deux ans. L'urine ne fut même pas rendue sanguinolente et aucune complication ne survint. L'éthérisation prolongée n'a donc aucun effet défavorable. (*Boston med. and surg. journ.*, n° 16, oct.)

LOCALISATIONS CÉRÉBRALES. Il appartenait à MM. Charcot et Pitres, qui les premiers ont établi, par des observations cliniques et anatomo-pathologiques, la réalité de ces localisations chez l'homme (V. *année* 1877), d'étayer cette doctrine par de nouveaux faits, en présence des critiques et des dénégations dont elle est encore l'objet. C'est ce qu'ils font, en rapportant 19 nouvelles observations publiées ici et là, dont quelques-unes originales, ce qui fait un total de 27 avec les huit précédentes, établissant que les lésions du *lobe occipital,* du *lobe sphénoïdal*, la *partie antérieure du lobe frontal,* le *lobe orbitaire* et les *deux pariétaux*, sauf peut-être leurs pieds, le *lobule quadrilataire* et le *lobule cunéiforme* ne donnent lieu à aucun trouble permanent des fonctions. Ils réfutent même les deux observations contradictoires de MM. Boyer et Jaccoud, en montrant que la sclérose des circonvolutions occipitales gauches, rencontrée à l'autopsie de la première, ne dit pas qu'il n'y eût rien ailleurs, de même que la détermination précise du siège de la lésion cérébrale laisse à désirer dans la seconde. (V. *année* 1878.)

Beaucoup plus nombreuses sont les observations positives, affirmatives, car tous les jours il s'en publie de nouvelles. Elles sont au nombre de 35, recueillies la plupart dans les hôpitaux et divisées suivant que la lésion occupe toute la zone motrice de l'écorce ou se trouve limitée à un ou deux centres distincts, pour mieux les distinguer. Les premières, au nombre de quinze, ont produit des hémiplégies totales de tout le côté du corps opposé au ramollissement, sauf sur un jeune prisonnier italien, qui présentait un ramollissement rouge sans destruction de la substance cérébrale de la région motrice (Mancini). Quatorze ont trait à des lésions partielles et ont donné lieu à des monoplégies associées, sauf une contradictoire seulement en apparence (de Boyer). Il ne reste que celles de lésions très limitées à un centre distinct de la zone motrice, comme le bras, le bas de la face et la langue, et encore ne sont-elles là que comme appoint, sans démontrer péremptoirement le fait.

Aussi les auteurs s'empressent-ils de déclarer qu'il est impossible d'indiquer d'autres centres distincts de motilité des muscles de la nuque, du cou, des yeux et des paupières. Voici simplement ceux qu'ils reconnaissent explicitement,

sans prétendre les circonscrire géométriquement suivant ce schéma :

1° Sur le pied de la troisième circonvolution frontale et sur la portion contiguë de la circonvolution frontale ascendante se trouverait le centre des mouvements de la langue.

2° Le centre des mouvements de la partie inférieure de la face occupe l'extrémité inférieure des deux circonvolutions ascendantes.

3° Le tiers moyen de la circonvolution frontale ascendante renferme le centre des mouvements isolés du membre supérieur, avant-bras et main.

4° Le lobule paracentral, le tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante et les deux tiers supérieurs de la pariétale président à la motilité des deux membres du côté opposé du corps. (*Revue mens.*, novembre 1878 et février 1879.)

Dans un cas de monoplégie brachiale gauche avec hémiplégie faciale incomplète du même côté pendant la vie, M. Gauché trouva, à l'autopsie, un foyer de ramollissement rouge sur la moitié postérieure de la circonvolution frontale ascendante droite, à sa partie moyenne, avec intégrité du tiers supérieur et du tiers inférieur. (*Soc. de biol.*, janvier.)

L'opposition savante et autorisée faite par M. Brown-Séquard, du haut de la chaire du Collège de France, contre la spécialisation des fonctions du cerveau, ne peut arrêter ni suspendre le mouvement croissant qui se fait partout pour mieux en élucider et en limiter plus rigoureusement les localisations. En rejetant jusqu'aux faits de croisement des lésions et des symptômes constatés journellement, sur ce prétexte qu'à une lésion fixe peuvent répondre des phénomènes fonctionnels variables, comme des signes identiques sont l'expression de lésions dissemblables, il semble avoir diminué la portée de ses objections et augmenté d'autant la précision des observations contradictoires. Il ne suffit plus de quelques exceptions pour infirmer une règle constatée par tous. Voici un nouvel exemple type de ces localisations, observé et relaté par le professeur Vannebroucq, de Lille.

Une femme de trente-sept ans entre à l'hôpital Saint-Sauveur, le 11 février 1879, avec des attaques épileptiformes successives. Une hémiplégie complète, flasque, existe du côté

droit, plus marquée en haut qu'en bas, sans déviation de la face ni des yeux, ni perte de la sensibilité.

Le mal remonte à six ans et a commencé par de la céphalée avec exacerbations, puis vomissements répétés et intermittents, et enfin crises convulsives pendant plusieurs jours de suite et se renouvelant en augmentant deux à trois fois par an, sans abaissement notable de l'intelligence ni aucune paralysie.

Ce n'est qu'à une attaque plus violente, en juin 1878, que l'on constata à l'hôpital une paralysie totale du côté droit. Peu de jours après, le mouvement se rétablissait dans le membre inférieur, qui ne s'est paralysé de nouveau qu'au dernier accès.

Cette succession de symptômes se rapportait, à n'en pas douter, à la présence d'une tumeur cérébrale, dont il restait à préciser la nature et le siège.

La longue durée de l'affection, l'absence de cachexie excluaient l'idée d'un cancer.

Il ne pouvait être question d'une tumeur tuberculeuse, la malade ne présentant aucun signe de tuberculose viscérale.

Rien ne révélait l'évolution d'un syphilome dans les antécédents, et l'on ne constatait aucune trace de syphilis constitutionnelle.

On ne pouvait soupçonner une tumeur vasculaire, en l'absence de tout signe de compression des sinus, d'exophthalmie et d'inertie des nerfs crâniens.

Les symptômes étaient trop circonscrits pour qu'on pût se rattacher à l'idée de tumeurs parasitaires, dont rien ne révélait la présence dans aucun autre organe et dont les signes sont habituellement plus diffus et souvent bilatéraux.

Le diagnostic se formulait presque nécessairement ainsi : sarcome, et, selon toute probabilité, sarcome gliomateux, en raison de la tardive apparition des inerties fonctionnelles.

Quant au siège du mal, il ne pouvait être l'isthme de l'encéphale, les paralysies des nerfs crâniens faisant absolument défaut. Il était impossible d'admettre que la tumeur occupât les ganglions opto-striés, dont les lésions déterminent constamment la simultanéité des paralysies dans les membres supérieur et inférieur et non leur succession chronologique.

La capsule interne ne participait pas à la lésion, puisqu'il

n'y avait ni trouble de la sensibilité, ni abolition de la vision d'aucun côté.

La circonvolution de Broca, ni le lobule de l'insula n'étaient atteints, puisqu'il n'y avait pas de trouble dans le langage articulé.

Et comme les régions frontale antérieure, occipitale et sphénoïdale, ne donnent pas lieu à des troubles de motilité, le diagnostic était forcément ramené vers cette proposition : qu'il existait une tumeur gliomateuse dans la région fronto-pariétale gauche, au voisinage du sillon de Rolando.

C'est ce que l'autopsie confirma après la mort, arrivée le 16 février.

Les hémisphères cérébraux mis à nu, on aperçoit à gauche, à la région fronto-pariétale et vers le tiers supérieur de cette région, une surface tranchant par son aspect particulier sur les circonvolutions avoisinantes et de niveau avec la convexité de celles-ci. Cette surface a 4 centimètres environ dans tous les diamètres; elle est d'une teinte plus rose que les circonvolutions et d'un tissu plus ferme. On y aperçoit quelques sillons résultant de l'empreinte qu'y ont tracée quelques vaisseaux artériels assez volumineux; elle est lisse, recouverte de l'arachnoïde et de la pie-mère, qui ne font plus qu'une seule membrane, absolument adhérente et intimement unie au néoplasme, dont on ne saurait la détacher sans déchirure. Partout ailleurs, au contraire, la pie-mère se sépare avec facilité du tissu nerveux, comme dans l'état physiologique, même au voisinage le plus proche du tissu morbide.

Cette méninge enlevée, le doigt peut pénétrer entre le néoplasme et le tissu cérébral ambiant et circonscrire une tumeur qui, sauf dans sa base d'implantation, ne fait corps qu'avec la partie supérieure de la quatrième frontale et de la pariétale ascendante; ces deux circonvolutions viennent là se fusionner avec la tumeur, le sillon de Rolando aboutissant à l'extrémité inférieure du diamètre transversal de la tumeur. Il semble que les autres circonvolutions n'aient été qu'écartées sans être englobées dans le tissu de nouvelle formation. Il en est ainsi pour les trois premières frontales en avant, le lobule du pli pariétal en arrière, le lobule paracentral en dedans, qui sont bien nettement distincts de la périphérie de la tumeur.

Une coupe transversale et verticale pratiquée au niveau des tubercules mamillaires montre très exactement les connexions de la tumeur avec les parties centrales de l'hémisphère. Le tissu morbide se distingue de la substance nerveuse par une coloration un peu rosée, par une certaine apparence fibrillaire, fasciculée, et par sa consistance très ferme, presque fibreuse. Il a une forme de cône tronqué et renversé dont la section s'appuierait sur le centre ovale, un peu au-dessus du pied de la couronne rayonnante. Ni le noyau caudé, ni la capsule interne, ni la couche optique, ne sont compris dans le néoplasme.

L'encéphale ne présentait aucune autre altération, ni dans les méninges, ni dans son tissu nerveux, non plus que les organes thoraciques et abdominaux. Le diagnostic était vérifié mathématiquement et de point en point, et sans ambiguité possible, d'après la doctrine récente des localisations motrices des membres dans l'écorce cérébrale de la région fronto-pariétale. (*Bull. méd. du Nord*, février.)

La localisation spéciale de l'hémiplégie avec anesthésie dans le tiers postérieur de la capsule blanche interne a été confirmée de nouveau par le professeur Bernheim. Un mécanicien de trente-huit ans entra dans son service, le 11 mai, après être tombé de son lit sans connaissance dans la nuit précédente. On constate une hémiplégie gauche avec déviation de la bouche et hémianesthésie complète du reste du corps de ce côté ; température supérieure de deux dixièmes, avec insensibilité au toucher, à la douleur et à la température ; le malade sent seulement quand on le pique à la face.

Dès le lendemain, une pneumonie de la base à droite est constatée, qui détermine la mort le 15 au matin, et l'autopsie révèle, entre autres lésions, un foyer hémorrhagique mesurant 5 centimètres d'avant en arrière, 4 transversalement et 2 de hauteur, rempli de caillots mous siégeant dans la capsule blanche externe et l'avant-mur détruits. La paroi interne est constituée par les corps striés et les couches optiques, et sa paroi externe par la substance grise de l'insula ; c'est donc entre ce lobule et le noyau externe ou lenticulaire du corps strié qu'est creusée la cavité. De plus, au niveau de son tiers postérieur, le corps strié présente une déchirure comblée par un caillot ; et, en faisant des coupes transversales d'avant en arrière dans les corps opto-striés, on

constate que *la capsule blanche interne, dans ses deux cinquièmes postérieurs environ, est infiltrée de sang et ramollie*, surtout la partie externe de cette capsule, à peu près exactement dans la partie comprise entre la couche optique et l'extrémité du noyau lenticulaire. Le restant des corps opto-striés est intact; le ventricule moyen et l'aqueduc de Sylvius ne contiennent pas de sang; mais une petite quantité de sang liquide se trouve dans la corne postérieure du ventricule latéral de ce côté. Les artères de la base du cerveau ne sont pas athéromateuses. (*Revue méd. de l'Est*, octobre, n° 19.)

Une fille démente mourut, le 1er janvier, à l'asile de la Sarthe, où elle était entrée depuis plusieurs mois pour une hémiplégie suite d'apoplexie et qui s'améliorait, lorsqu'une paraplégie incomplète survint quelque temps avant la mort. M. Mordret constata les lésions suivantes à l'autopsie :

Adhérences très solides de la dure-mère au crâne. Absence d'adhérences de l'arachnoïde au cerveau, mais seulement injection légère. Artère basilaire athéromateuse dans ses principales divisions. Ecorce cérébrale poisseuse et ramollie dans toute son étendue, avec légère péri-encéphalite diffuse. Foyer hémorrhagique diffus de 3 centimètres de long et de 2 de profondeur à la partie supérieure de la circonvolution pariétale ascendante droite et sur la limite de la scissure interhémisphérique. Dans la partie correspondante à gauche, il s'en trouvait un semblable, c'est-à-dire au siège assigné aux mouvements des membres inférieurs, ce qui expliquait la paraplégie récente.

D'autre part, et pour expliquer l'hémiplégie en voie d'amélioration, on trouva un foyer hémorrhagique plus considérable et en voie de cicatrisation dans le corps strié droit et une partie de la couche optique. (*Acad. de méd.*, janvier.)

Inexcitabilité de l'écorce grise du cerveau. Une lésion de l'écorce cérébrale de la région rolandique coïncidant avec une paralysie motrice des membres du côté opposé n'est pas une preuve, selon le docteur E. Fournié, que cette partie soit le centre des mouvements. Cette lésion ne forme que l'obstacle à la transmission de la volonté partant des corps opto-striés sains, siège unique et central des mouvements,

à la périphérie. Voilà pourquoi et comment le mouvement ne se produit pas ; car il ne faut pas étudier la physiologie dans le cerveau comme dans les autres organes. Elle est plus compliquée et exige trois conditions fondamentales : la perception, la connaissance ou la mémoire et le mouvement, qui sont solidaires et ne se séparent jamais dans le fonctionnement cérébral, quoiqu'ayant des sièges distincts. Telle est la doctrine abstraite et toute psychologique de M. Fournié. (*Revue méd.*, 19 avril.)

M. Couty a institué des expériences qui semblent venir à l'appui. Il a paralysé la substance grise des circonvolutions chez les chiens, en liant les principales artères du cerveau, qu'il découvrait à moitié, et il a néanmoins déterminé, en l'excitant électriquement dans cet état d'anesthésie de l'écorce, tous les phénomènes de motilité et de contracture qui s'observent à l'état normal. Des attaques épileptiformes généralisées avaient lieu, avec contracture du tronc et des membres du côté excité. D'où il conclut que « l'influence de l'irritation ou des lésions de certains points de l'écorce grise cérébrale est transmise par les fibres blanches à des éléments situés plus bas, dans le bulbe et la moelle, éléments qui sont seuls en rapport direct avec les appareils musculaires, et c'est par l'intermédiaire de modifications passagères ou durables de ces éléments bulbo-médullaires que les lésions corticales peuvent quelquefois déterminer des troubles du mouvement des membres. » (*Acad. des sc.*, mars.)

Atrophie après l'amputation. Un homme de quarante-un ans, amputé de la cuisse droite, à Magenta, en 1859, entre le 8 janvier 1879 à l'hôpital de Tours pour une entérite chronique. Malgré les médications faites pour arrêter le flux intestinal, le malade succombe, le 5 février suivant.

L'autopsie montre dans le côlon, dans l'S iliaque et le rectum, les lésions classiques de l'inflammation chronique de l'intestin : congestion, ramollissement de la muqueuse et exulcérations multiples.

Le foie a subi la dégénérescence amyloïde ; il est un peu hypertrophié. La rate, adhérente au diaphragme, présente sur sa capsule une série de nodules fibreux.

Cerveau. A première vue, on constate, après l'ablation de la dure-mère, une dépression marquée sur l'hémisphère gauche, au niveau du tiers postérieur de la deuxième circonvolution frontale. Cette dépression est tellement accusée qu'elle est, avant toute remarque de la part des professeurs Ledouble et Viollet, notée par les internes et les élèves présents à l'autopsie. Les sillons de Rolando sont situés dans le même plan : ils occupent leur position normale. Rien de particulier dans les méninges.

Après l'ablation de la pie-mère, on observe que la dépression, aperçue à la superficie du cerveau, est due à l'atrophie de la deuxième circonvolution frontale horizontale, à l'union de ses deux tiers antérieurs avec son tiers postérieur. En ce point, la deuxième frontale est affaissée, ratatinée sur elle-même ; elle mesure 7 millimètres d'épaisseur, tandis que, de l'autre côté, dans le même endroit, elle atteint 1 centimètre.

D'où la conclusion évidente qu'il faut un long espace de temps, après l'amputation, pour que l'atrophie des circonvolutions motrices correspondantes soit sensible. La contre-épreuve a été faite quelques jours après au même amphithéâtre, à l'autopsie d'un homme amputé, depuis dix mois environ, de la cuisse droite, pour un sarcome fasciculé de l'articulation du genou. Ce malade ayant succombé à une généralisation pulmonaire, les mêmes observateurs ont constaté, après l'ouverture du crâne, que les hémisphères cérébraux avaient leur volume ordinaire et leur consistance normale, et que les circonvolutions de la zone motrice corticale n'étaient le siège d'aucune atrophie. (*Tribune méd.*) Voy. ATROPHIE MUSCULAIRE.

De la localisation des maladies cérébrales, par David Ferrier, membre de la Société royale de Londres, professeur de médecine légale à King's College, etc., traduit de l'anglais par Henri de Varigny, suivi d'un mémoire *Sur les localisations motrices dans l'écorce des hémisphères du cerveau,* par MM. J.-M. Charcot et A. Pitres. 1 vol. in-8, avec 67 figures dans le texte ; librairie *Germer Baillière.*

Après les *fonctions du cerveau,* étudiées expérimentalement chez les animaux et publiées l'année dernière, M. Ferrier montre aujourd'hui comment les faits morbides, clini-

ques, chez l'homme, répondent à ses expériences et dans quelle mesure. Examinant tour à tour, avec la méthode et la logique sévère qui le distinguent, les objections et les affirmations de la nouvelle doctrine des localisations cérébrales, et tenant compte des différences existantes entre le cerveau de l'homme et ses fonctions avec celui d'animaux inférieurs, comme la grenouille, le pigeon et le lapin, il le divise en trois régions distinctes : celle des lobes frontaux ou de l'intelligence sinon de l'attention, celle de l'écorce latérale ou motrice, et la région profonde des hémisphères, destinée aux sensations.

Un choix et un examen judicieux des faits cliniques les plus connus et authentiques, comme les plus probants et démonstratifs, montrent ainsi que les lésions de ces régions diverses produisent des effets spéciaux et distincts en rapport avec les résultats de l'expérimentation. Les lésions destructives des lobes frontaux n'altèrent ainsi que l'intelligence, l'attention, l'esprit, tandis que celles de l'écorce cérébrale amènent exclusivement le trouble ou l'arrêt des mouvements plus ou moins étendus ou limités suivant leur siège. Les divers centres moteurs sont ainsi fixés, précisés, distingués suivant les différentes paralysies, hémiplégies et monoplégies limitées à un organe, un membre, avec les exemples à l'appui. L'addition de l'étude clinique de MM. Charcot et Pitres sur ce sujet est ainsi d'un puissant secours à cette démonstration. Elle est encore fortifiée par la section des *lésions irritantes de la région motrice*, expliquant les spasmes et les convulsions partielles coïncidant avec les paralysies.

Les lésions des régions sensitives sont examinées séparément de la même manière et expliquent ainsi les troubles des différents sens : la vue, l'ouïe, le goût, l'odorat, le toucher, avec la même simplicité que les troubles de l'esprit et les paralysies.

L'érudition étendue de l'auteur autant que son exposition nette et précise séduisent en faveur de son système, d'autant plus qu'il ne cache pas les objections et tient compte des contradictions nombreuses qu'il soulève. En homme positif, il constate les faits acquis, incontestables, les enregistre et les appuie, en attendant et espérant le reste dans l'avenir. Ce livre est ainsi un véritable *Précis des localisations cérébrales* dans l'état des connaissances actuelles.

LUPUS. *Scarifications linéaires.* Au raclage avec la curette, mis en vogue récemment en Allemagne contre les néoplasmes et les hypertrophies de la peau (voy. DARTRES, 1876), le docteur Vidal a substitué les scarifications déjà employées en Angleterre et mises en usage contre les *nævi* (Voy. ce mot). Seulement, au lieu de l'aiguille de Balmanno Squire, il se sert d'une lame étroite de 25 millimètres de long sur 2 de large, terminée par une pointe triangulaire à deux tranchants se réunissant sous un angle de 55°. Tenue comme une plume à écrire et maintenue délicatement, elle donne assez bien la sensation de la consistance des tissus divisés pour reconnaître le tissu morbide du tissu sain.

C'est aux diverses espèces de lupus que cette nouvelle opération a surtout été appliquée. La scarification doit atteindre le tissu résistant, à quelque profondeur qu'il soit, 2 centimètres au besoin. C'est par des scarifications linéaires, parallèles, aussi serrées que possible, puis obliques, perpendiculaires, quadrillées, que le tissu morbide est divisé, haché pour ainsi dire. La douleur est très supportable et n'exige jamais la chloroformisation. L'anesthésie locale peut être nécessaire chez les malades pusillanimes pour les premières séances; mais, en augmentant l'écoulement consécutif du sang et en retardant la cicatrisation, ce moyen ne doit être employé que s'il est impossible de faire autrement. Un tampon de ouate, appliqué avec pression sur la surface saignante pendant une ou deux minutes, suffit à arrêter le sang. La solution de perchlorure de fer n'est nécessaire que sur les muqueuses. Des compresses d'eau froide calment rapidement la douleur consécutive. Du gonflement inflammatoire y succède et favorise la destruction du lupus. Des cataplasmes d'amidon suffisent à la combattre au besoin.

On renouvelle l'opération tous les cinq à six jours jusqu'à guérison. Une séance de scarification a aussi lieu toutes les semaines à l'hôpital Saint-Louis, pour les malades du dehors, qui peuvent ensuite retourner chez eux et reprendre leurs occupations quand le mal n'est pas très étendu. Trois à six séances sont nécessaires pour que la cicatrisation se manifeste. Elle est ordinairement souple, lisse, blanche, dans les cas les plus favorables et sans dépression.

Mais les récidives sont fréquentes. De petits points jaunâtres, tubercules microscopiques, en sont la manifestation

ordinaire. Il faut alors les lacérer, les détruire avec l'aiguille. D'où l'indication de surveiller les malades et de les soumettre à un traitement interne, réclamé par leur état constitutionnel, scrofuleux, anémique ou syphilitique.

Toutes les formes du lupus ne sont pas également justiciables de ces scarifications. Les moins graves et les moins destructives en apparence y sont les plus rebelles. Le lupus ulcéreux, même tuberculeux, en est le plus sûrement modifié. Il résiste moins que le lupus érythémateux, ce qui est contraire au dire de Hebra, avec la curette. La forme acnéique est la plus rebelle et réfractaire; elle récidive le plus souvent. Au contraire, le lupus vorax guérit parfois en deux séances, et sur 7 cas il y a eu 7 succès.

L'inflammation spontanée du lupus est la seule contre-indication à ce traitement, qui a des avantages manifestes sur les caustiques, par la douleur plus légère et plus courte et la formation d'une cicatrice presque normale et sans difformité, ce qui s'explique parce que l'inflammation seule détermine la destruction et la guérison du néoplasme. C'est donc le plus sûr et le moins douloureux. (*Acad. de méd.*, 18 novembre, et *Union méd.*, nº 140.)

LYMPHADÉNOME TESTICULAIRE. Telle est la gravité exceptionnelle de cette dégénérescence sur toutes les autres tumeurs malignes (V. *année* 1877), que MM. Monod et Terrillon ont cherché à en faire le diagnostic différentiel, sur le testicule en particulier, quoique quatre à cinq observations récentes de cette espèce soient seulement connues. Ce nombre est trop faible sans doute pour en tracer un tableau complet; mais son existence exclut si formellement la castration qu'il est important, pour le praticien autant que pour le malade, d'en distinguer au moins quelques caractères cliniques avec les autres tumeurs sarcomateuses. De là l'utilité de cette monographie.

Au moment où cette tumeur attire l'attention du malade, elle n'est jamais considérable. Le grand diamètre vertical de la plus volumineuse (Trélat) était de 14 centimètres et de la moitié transversalement. La tuméfaction de la glande est régulière, sans bosselures, et constitue une augmentation uniforme de volume comme de consistance, sans fluctuation ni ramollissement. C'est comme une simple hypertrophie in-

dolore du testicule. De là les plus graves erreurs de diagnostic, au début, d'autant plus que le malade d'ordinaire est bien portant, sans aucune trace de diathèse ni de cachexie, et avec tous les caractères de la virilité.

On prend pour un obscur petit lipôme une tumeur mortelle qui vous dément à bref délai par cette issue.

La lésion primitive, histologique, du réticulum conjonctif, qui sépare les vaisseaux ou tubes séminifères, rend compte de ce début insidieux. Les parois des tubes sont même envahies, épaissies consécutivement et les tubes disparaissent pour former une masse uniforme dans la tunique albuginée.

Un caractère différentiel est cet état du testicule avec celui de l'épididyme. Celui-ci était intact dans trois cas. Il ne forme pas en général la saillie allongée et distincte qui s'observe dans les sarcomes. Il est au contraire caché et comme effacé derrière la tumeur principale, car il ne prend guère part à l'altération.

La lésion simultanée des deux testicules est un autre caractère du lymphadénome, ce qui exclut à peu près le cancer, presque toujours unique. Telle est la généralisation de la dégénérescence qu'elle atteint en même temps les deux organes symétriques, pour envahir rapidement les autres glandes. Aussi, pour peu qu'elle soit avancée dans son évolution, est-on à peu près sûr d'en trouver la manifestation sur la surface cutanée par de petites tumeurs indolentes placées sous la peau. C'est une confirmation positive du diagnostic et qui doit faire aussitôt porter le pronostic le plus grave. Une légère bosselure ici ou là et le léger gonflement du testicule congénère avec atrophie de l'épididyme du testicule malade sont donc les principaux caractères cliniques de cette redoutable maladie.

En effet, elle ne s'étend pas comme le sarcome et ne se montre pas par foyers éloignés comme le carcinome ; elle se généralise avec une telle rapidité que le testicule enlevé est suivi bientôt d'une infinité d'autres tumeurs adénoïdes, au cou ou ailleurs, qui déterminent promptement la mort. Il faut savoir s'abstenir de toute opération, car elle ne ferait que précipiter l'issue fatale. (*Arch. de méd.*, juillet.)

LYMPHANGITE DU MEMBRE INFÉRIEUR. *Arthrite consécutive du genou*. Cinq exemples observés par M. Ver-

neuil montrent une gravité mortelle de cette inflammation des lymphatiques superficiels en se communiquant à la synoviale. C'était, il est vrai, chez des sujets détériorés, cachectiques, qui, à la suite d'une contusion, excoriation, écorchure ou ulcération d'un orteil, d'une plaque de gangrène, furent pris de rougeur et de gonflement de tout le membre, avec formation rapide et multiple de petits abcès superficiels. Une arthrite purulente du genou se déclara dans les cinq cas et emporta quatre des malades assez rapidement.

De là l'indication de donner plus de soin à ces lymphangites, en apparence légères au début. Le repos, l'immobilité sont de rigueur, surtout chez les individus cachectiques, jeunes comme vieux, quelle que soit la cause ou le mécanisme de ces arthrites purulentes. Des onctions avec la pommade mercurielle et belladonée, l'enveloppement du membre dans la ouate avec une douce compression, pourront aussi prévenir cette fatale issue. (*Acad. de méd.*, octobre, et *Revue mens.*, novembre 1878.)

L'état général des malades paraît avoir d'autant plus d'influence sur cette grave complication arthritique que M. Nicaise l'ayant observée chez un homme de cinquante-cinq ans, sans autre tare morbide que des varices et des varicosités des membres, l'hygroma et l'arthrite consécutive à la lymphangite guérirent assez rapidement, comme chez le dernier malade de M. Verneuil. C'est donc surtout l'état général qui est à considérer ici, comme dans toutes les maladies. (*Idem.*)

LYMPHO-SARCOME. *Chute des cheveux.* Devant la difficulté extrême du diagnostic différentiel avec l'adénite ou l'adénome simple, telle que l'occasion s'en est présentée à la Société des sciences médicales de Lyon sur un garçon de dix-huit ans, portant un énorme paquet ganglionnaire du cou et du creux sus-claviculaire, M. Aubert signale l'arrachement facile des cheveux par plaques, en tirant légèrement dessus, comme d'une grande valeur clinique. Il l'a constaté dans les huit dixièmes des cas d'adénite maligne qu'il a observés; le malade présenté offrant ce symptôme à un haut degré, une touffe considérable de cheveux s'étant enlevée sans effort, il n'hésita pas à porter un diagnostic grave. (*Lyon méd.*, n° 3.)

Lymphome en arrière du pharynx. L'enfant, âgé de quatre ans, souffrait de dysphagie, de dyspnée. Le cou était volumineux comme dans le goitre, les yeux proéminents. La tumeur, molle, élastique, formait au fond de la bouche un relief sensible que le doigt atteignait aisément. Le docteur Taylor crut à un abcès; mais la ponction ne donna pas issue à une goutte de liquide. L'enfant mourut suffoqué, malgré la trachéotomie. A l'autopsie : tumeur lymphoïde bien isolée, sans la moindre adhérence aux organes voisins. (*The Examiner*, 16 novembre 1876.)

M

MAL DE POTT. Il peut être simulé par la fonte purulente des ganglions cervicaux, déterminant, par la compression du pus, la paralysie des membres supérieurs. Le professeur Desplats en a observé un exemple à l'hôpital Sainte-Eugénie de Lille sur une fille de trente-huit ans, scrofuleuse, entrée pour des douleurs périodiques de tête et l'écoulement consécutif d'une certaine quantité de pus et de sang par le nez. La suppression de cet écoulement depuis trois à quatre mois a amené une aggravation des douleurs, se propageant dans le cou et l'épaule, ainsi que dans le bras droit qui a perdu beaucoup de sa force. Les pieds infiltrés conservaient leur sensibilité et leur motilité.

A l'examen, hypertrophie énorme des ganglions cervicaux, surtout dans la région sus-claviculaire droite, sans troubles circulatoires ni respiratoires, raideur du cou sans déformation du rachis. La douleur est vive et diffuse. Le bras droit est amaigri, douloureux et tenu fléchi et immobile; mais la conservation de la sensibilité et de quelques mouvements fit penser à une simple parésie musculaire.

Tout en attribuant ces troubles à la compression des nerfs du plexus brachial par les ganglions hypertrophiés, ce qui était le plus probable, on se laissa aller à d'autres suppositions d'une affection possible des os ou de la moelle, et l'on ne traita ainsi que la scrofulose. Aussi les accidents augmentèrent, et, deux mois après, la malade ne pouvait plus mouvoir la tête et rendait des crachats purulents et

fétides. Le bras droit était entièrement paralysé. Un vaste abcès se forma à la nuque, et, l'ouverture ayant amené une énorme quantité de pus, dès le lendemain les mouvements étaient revenus dans le bras droit. La sonde ne rencontrant pas de surface osseuse, c'était la preuve que la moelle était intacte et qu'il n'y avait pas de lésion osseuse. Mais l'immobilité du cou et l'inflexion de la tête depuis longtemps avaient amené une courbure de la région cervicale et une saillie telle de la septième vertèbre cervicale, que l'on crut à un mal de Pott, pour ne pas y regarder de plus près et s'assurer de la lésion, bien que l'écoulement du pus par le pharynx derrière l'amygdale gauche fît un devoir d'en déterminer la source. La mort arriva ainsi par épuisement, le 3 octobre, après trois mois de séjour.

L'autopsie révéla ce que tous les détails de cette observation peuvent faire prévoir. Un vaste abcès en arrière et au-dessous du trapèze et du splénius entourait les apophyses épineuses. Tous ces muscles étaient baignés par le pus et détruits en partie, surtout latéralement, ainsi que le plexus brachial, isolé de tous les organes voisins. Sur aucun point, les vertèbres n'étaient à nu. Le pus, passant en avant, était arrivé dans la poitrine en fusant de chaque côté de l'œsophage et avait ainsi pénétré dans les plèvres. Il avait même pénétré dans le médiastin et descendu jusqu'au niveau de la racine des bronches, en ne trouvant pas d'obstacle devant la colonne vertébrale.

Jusqu'à la fin de l'autopsie, dit l'auteur, je crus, avec tous les assistants, que l'origine de cette masse de pus était le corps des vertèbres, parce que tous les phénomènes ultimes de la maladie m'avaient fait croire à un mal de Pott cervical; mais était-ce possible? Une si grande quantité de pus, provenant des os, pouvait-elle exister sans amener d'autres altérations plus prononcées? Aussi la trouva-t-on dans une fonte purulente des ganglions de la région cervicale. On aurait pu même la constater, pendant la vie, par la diminution et le ramollissement de cette masse ganglionnaire. (*Rev. médicale*, 12 juillet.)

Il est permis de juger, par la relation même de ce fait, comment le diagnostic est établi à la clinique de la nouvelle et unique Faculté de médecine libre. S'il n'est pas plus rigoureux et mieux précisé dans les autres cas, aujourd'hui

que les moyens d'exploration sont portés si loin dans les cliniques officielles de l'Etat, il est à craindre que les élèves ne réussissent guère dans leurs épreuves.

Le diagnostic ne paraît ainsi pas avoir été mieux établi dans le cas de gangrène rapide de l'intestin rapporté au taxis, dans une hernie étranglée, dont l'observation a été soumise à la Société de chirurgie par M. Eustache. Les critiques soulevées par cette interprétation par des membres de la Faculté de Paris montrent assez que les élèves de la Faculté catholique ne sont guère au courant des données acquises sur ce sujet. Voy. HERNIES.

Méthode de Sayre. Ses succès dans la scoliose (*V. ce mot*) l'ont fait employer pour la première fois en France par M. Ball, en présence de l'inventeur, sur une fille de dix-huit ans, atteinte d'une gibbosité résultant d'un mal de Pott. Au commencement de l'année, des douleurs apparurent dans une région localisée du rachis, et les forces des membres inférieurs avaient diminué. Une incurvation rachidienne se montra graduellement, hâtée sans doute dans son évolution par le travail journalier de la malade, qui était de promener un enfant sur ses bras. A son entrée à l'hôpital Laennec, elle présentait une parésie très marquée des membres inférieurs, surtout à gauche, résultant d'une compression de la moelle. Des troubles réflexes, de la contracture se traduisant par l'adduction des cuisses et l'extension des pieds, témoignaient d'une irritation coïncidente.

La gibbosité siégeait vers la région des vertèbres dorsales moyennes ; elle était très prononcée, mais arrondie plutôt qu'angulaire, et accompagnée d'un certain degré d'incurvation latérale gauche, avec projection de l'angle postérieur des côtes ; pas d'abcès par congestion. La malade présenta ensuite quelques foyers de suppuration en rapport avec d'autres points altérés du squelette et non avec les vertèbres malades. Soumise d'abord à l'application de pointes de feu, à une médication interne destinée à combattre les troubles nerveux et à relever l'état général, cette jeune fille vit sa santé s'améliorer, les forces revinrent, la parésie diminua, ainsi que la contracture. C'est dans ces conditions qu'elle fut soumise au traitement chirurgical de l'orthopédiste américain.

Cette extension brusque est en contradiction formelle avec tous les principes classiques adoptés et la pratique suivie. On ne tentait qu'un redressement lent par l'immobilisation prolongée dans le décubitus dorsal ou latéral, avec pression d'un corps résistant sur la gibbosité. L'extension continue était de plus regardée comme un obstacle à la guérison, en retardant ou empêchant la soudure des os. Le tassement des corps vertébraux paraissait la condition nécessaire à la réparation. Les tractions sur une colonne vertébrale malade étaient surtout regardées comme dangereuses pour la moelle, lorsqu'elle est malade, comme dans le mal de Pott.

Ayant déjà appliqué plusieurs fois sa méthode avec avantage dans des cas de ce genre, M. Sayre n'a pas hésité à l'employer ici, et c'est avec une facilité admirable que le redressement fut obtenu. La gibbosité fondait pour ainsi dire à vue d'œil ; la taille s'allongeait progressivement ; le thorax reprenait sa forme normale : et tout cela s'exécutait simplement, sans secousses, sans souffrances véritables. Mais les résultats médicaux immédiats ont été moins brillants. Sans doute la sensibilité des membres inférieurs s'est un peu ranimée, ce qui est en rapport avec une diminution de compression médullaire; mais, en même temps, quelques élancements périphériques se faisaient sentir, l'excitabilité réflexe était notablement accrue ; le lendemain et le surlendemain, un certain degré de contraction avait reparu. Tous ces phénomènes ne sont peut-être que passagers ; leur modération même est rassurante ; mais ils n'en témoignent pas moins que la moelle n'est pas restée indifférente à tout ce travail opéré autour d'elle.

C'est donc à l'avenir de juger. Des essais analogues sont tentés par M. de Saint-Germain, et les résultats ne manqueront pas de décider dans quelle mesure ce nouveau procédé peut être utilisé, à quelle période et dans quelle variété. Tout ce que l'on peut dire, c'est qu'il redresse mieux et plus vite, qu'il est mieux toléré, supporté et moins fatigant que l'extension continue. Il ne condamne pas le malade à l'immobilité ; il n'immobilise que sa colonne vertébrale, qu'il maintient dans sa position conquise, et laisse au reste du corps et aux membres en particulier toute leur liberté. C'est donc là un puissant moyen, qui restera dans

la pratique et qui pourra améliorer le traitement d'affections regardées jusqu'ici comme incurables. (*Tribune méd.*, nos 578 et 579.)

Le résultat de l'application faite le 29 août, par M. Sayre lui-même, de son appareil, sur un petit malade atteint de mal de Pott, à l'hôpital des Enfants, n'a pas été satisfaisant. Les douleurs ont été si intenses pendant la nuit que l'enfant n'a pu dormir, et, bien que moins aiguës le lendemain, elles ont été si violentes dans la nuit que M. de Saint-Germain a jugé prudent de fendre le corset et de l'enlever. Il a trouvé, au sommet de la gibbosité, une eschare profonde, large comme une pièce de vingt centimes. Il l'avait prévue, après avoir été témoin de plusieurs exemples semblables. La compression produite sur le point culminant de la gibbosité ne peut manquer de déterminer l'érosion de la peau, par suite du frottement. Aussi applique-t-il préalablement un morceau de *corn plaster*, ou feutre adhérent, percé au centre, de façon à protéger l'endroit sensible, comme on le fait pour les cors ou durillons, afin que le corset plâtré ne porte pas dessus. Cette précaution lui semble préférable à la fenêtre que pratique M. Sayre après coup, quand le corset devient douloureux, de même qu'il l'échancre aux aines et aux hanches.

Cette méthode n'est pas d'ailleurs applicable à tous les cas, comme son auteur a paru l'indiquer dans son allocution en anglais à l'hôpital des Enfants. Pour lui, le mal de Pott est toujours d'origine traumatique. Sous l'influence d'un coup, d'une chute, un épanchement sanguin se produit entre le périoste rachidien et la vertèbre; du pus se forme bientôt, et la nécrose apparaît. Les sujets atteints étant de constitutions diverses, le mal prendra de suite une mauvaise tournure, et tout traitement sera inutile. Si, au contraire, le sujet est robuste et d'une brillante constitution, il a les plus grandes chances de guérir, si le mal est entrepris dès son apparition.

Il blâme ainsi les médecins qui, trompés par les douleurs vagues, la faiblesse dans la marche, les névralgies intercostales, s'attaquent à la constitution générale et ne voient le mal vertébral que quand la courbure est manifeste. La douleur spontanée ou provoquée dans un point du rachis est le meilleur signe pour diagnostiquer le mal de Pott.

A la période d'incurvation ou d'excurvation, il y a à distinguer deux choses : la déformation osseuse et la contracture des muscles spinaux par action réflexe, à laquelle le système Sayre s'adresse surtout. Les corsets métalliques, ne comprimant que des points restreints, deviennent insupportables et produisent même des eschares, amènent, de plus, une incurvation plus grande, en ramenant par leurs épaulettes le tronc en avant, tandis que le corset plâtré multiplie les points de contact, surprend les espaces intercostaux, élargis pour ainsi dire dans une inspiration prolongée, et donne au sujet, par l'extension, une élongation que la gibbosité lui avait fait depuis longtemps perdre. Il érige, du reste, la suspension en système, non-seulement d'application de ses appareils plâtrés, mais de gymnastique quotidienne.

Au contraire, M. de Saint-Germain croit que la suspension verticale est remplacée avec avantage par l'extension horizontale sur les lits orthopédiques. Celle-ci donne exactement les mêmes résultats comme élongation, avec moins de résistance de la part des malades et moins de danger. Sur trente malades soumis par lui à la suspension, cinq ont poussé de véritables hurlements et se sont livrés à des contorsions violentes durant toute l'opération; deux ont eu des syncopes, dont une est même devenue très inquiétante. Tous les cas de mal de Pott ne sont donc pas *pendables*. Il serait barbare, insensé, de suspendre ainsi par les aisselles et le maxillaire ceux en période d'état. Une disjonction du rachis et la compression de la moelle en résulteraient fatalement. Une hémiplégie instantanée est ainsi survenue entre les mains de M. Dubreuil-Chambardel. Il faut donc s'élever hautement et protester contre l'emploi de cette méthode, appliquée aveuglement à tous les cas indistinctement, surtout par des personnes étrangères à l'art, comme on le fait. On s'expose par là à de véritables désastres, tandis que l'immobilité dans la position horizontale sur une claie ou dans la gouttière de Bonnet en est exempte.

L'application de l'appareil de Sayre doit être réservé, pour rendre de réels services, en prenant les précautions indiquées plus haut, à cette période difficile à limiter et à définir où l'on veut donner plus de liberté au malade, alors que l'on n'ose encore le confier à un corset.

La suspension verticale est donc un bon moyen de gymnastique quotidienne pour l'élongation du rachis, aussi efficace et certainement plus pratique, quand il est supporté, que l'extension sur les lits orthopédiques ; mais l'application du corset plâtré doit être absolument proscrite dans l'état aigu et réservée à la période intermédiaire entre la réparation incomplète et la consolidation absolue, en garnissant les parties saillantes de la gibbosité. Tel est l'avis du chirurgien orthopédiste français le plus à même de juger actuellement de ce nouveau système. (*Union méd.*, n° 104.)

MARIAGE. *Le mariage dans ses devoirs, ses rapports et ses effets conjugaux*, au point de vue légal, hygiénique, physiologique et moral ; traduction libre, refondue, corrigée et augmentée de l'*Hygiene del matrimonio* du docteur Felipe Monlau, par le docteur P. Garnier. Un vol. in-12 de 658 pages, avec 35 figures intercalées dans le texte. Paris, Garnier frères, libraires-éditeurs, rue des Saints-Pères, 6.

La question sociale du mariage et de ses conséquences s'impose si impérieusement en France par la diminution et le retard croissant des unions légitimes, les progrès de l'illégitimité, le ralentissement de la natalité, la multiplication des infanticides, la mortalité considérable des nourrissons et la dépopulation lamentable en résultant, qu'elle est devenue palpitante, vitale. L'attention générale est fixée sur ces divers sujets. Ils sont partout à l'ordre du jour, sous diverses formes, comme le rétablissement des tours dans la presse et celui du divorce au Parlement. La publication de ce livre est donc opportune pour rappeler à chacun le devoir du mariage et ses avantages, celui de la génération et les moyens d'en faciliter l'accomplissement dans les meilleures conditions. C'est ce qui nous a déterminé à le publier, pour combattre cette épouvantable plaie nationale de la dépopulation française.

Fixer les indications du mariage selon l'âge, l'éducation, la position sociale et le tempérament, et en établir les avantages sur la santé, la moralité et la longévité, d'après la statistique des différents pays ; mettre en parallèle les contre-indications et les dangers résultant des professions, des tempéraments, de la parenté, des difformités et des maladies ; montrer les conditions du célibat et ses conséquences

dans l'ordre civil et religieux : telles sont les considérations principales qui forment la base du premier chapitre, divisé par sections. Il est complété par les détails des fiançailles et des noces, la législation du mariage civil et religieux, l'hygiène physique et morale des époux, les effets du divorce et de la séparation qui le terminent. Tout ce qu'il est important de savoir pour se guider et se préparer à le contracter efficacement est ainsi réuni sous ce titre.

Contracté dans ces conditions, le mariage est si naturel, si doux et salutaire, ses avantages, ses bienfaits pour l'hygiène, la santé et la longévité des deux sexes sont démontrés aujourd'hui si péremptoirement par la statistique, et il offre des garanties si positives pour la morale et la prospérité publiques, que le célibat, sans cause légitime, avouable, devrait être hautement blâmé, réprouvé et combattu publiquement, par tous les moyens possibles, dans une société bien organisée. Si la liberté individuelle est respectable, c'est à la condition de ne pas nuire à autrui, et quand un état antiphysiologique et anormal, comme le célibat, est reconnu aussi malfaisant et nuisible à l'individu qu'immoral et préjudiciable à la société tout entière, n'est-il pas permis à celle-ci de se protéger et se défendre contre l'ennemi commun, en marquant du sceau de la loi ceux qui y restent sans motif avouable ? Il suffit d'étudier et d'apprécier le célibat, d'après ses causes, en *volontaire*, *obligatoire* et *forcé*, d'analyser et de juger celle de l'*impuissance* et la *stérilité*, et surtout les secrets honteux de la *stérilité volontaire*, comme nous l'avons fait, pour se convaincre qu'il s'impose légitimement à un bien petit nombre d'individus. Celui-ci est aussi respectable que l'autre est méprisable et dangereux. C'est une lèpre sociale qui doit être combattue énergiquement.

Contre cette exubérance du célibat civil et religieux, avec tous les maux qu'il engendre, nous avons formulé plusieurs réformes que nous croyons propres à y mettre un terme ou une répression efficace. Nous n'en citerons qu'un ici, comme immédiatement applicable : c'est l'impôt spécial, ou la privation du droit électoral infligé à tout célibataire au delà d'un certain âge, proposée à l'Assemblée nationale. Ce serait un juste blâme pour quiconque refuse, sans motif légitime, de se soumettre à la loi commune de la famille humaine. Ce serait une précaution utile, sinon une indem-

nité sociale, efficace contre les risques moraux et criminels auxquels son infâme célibat l'entraîne fatalement contre lui-même et contre les autres.

Par la liberté dans le mariage, nous nous séparons donc hautement des modernes autoritaires qui voudraient en régler jusqu'aux moindres détails. Ce n'est pas assez pour eux que la loi en fixe le minimum d'âge et le prohibe entre consanguins rapprochés, pour en prévenir les *mauvais* effets sur l'espèce et la race ; ils voudraient ne l'autoriser qu'après l'examen des parties, en réglant les conditions de tempérament, de force, de santé, de profession et bien d'autres... Plaçant la société au-dessus de la famille et de l'individu, ils en font leur point de mire exclusif et ne tiennent compte de celui-ci que comme d'un accessoire dont ils voudraient diriger tous les actes à leur gré, sans lui laisser la moindre initiative. Son mariage est surtout l'objet de leurs spéculations, et ils prétendent soumettre son union conjugale à des règles fixes, comme celle des animaux, sans consulter ses goûts, ses penchants, ses sentiments, son amour, afin d'en préparer et limiter plus sûrement la progéniture. C'est attenter aux plus hautes facultés de l'homme et lui disputer les droits sacrés de l'esprit et du cœur. En respectant scrupuleusement au contraire la liberté individuelle, comme la pierre fondamentale de toute société, nous ne voulons le mariage pour base que comme la plus sûre garantie d'ordre, de moralité, de santé et de prospérité.

L'importance de ce chapitre préliminaire en justifie l'étendue et les développements. On ne saurait trop réfléchir à un acte si important et en peser mûrement toutes les obligations, les charges et les conséquences, car elles rejaillissent sur la vie entière. Tout n'est pourtant pas complet par la célébration publique et solennelle, comme on se le figure à tort. Tout n'est pas fini, comme on dit ; au contraire, cela ne fait que commencer. Le but essentiel et la fin même du mariage, la famille, reste à constituer. C'est l'œuvre de l'avenir, et il s'agit d'y pourvoir dans les meilleures conditions possibles de vitalité, de santé et de durée. De là les chapitres suivants :

La génération, avec la description figurée des organes qui y sont destinés chez les deux sexes, ses lois, ses mystères et ses obstacles physiques et moraux ;

La virginité et ses attributs ;

La menstruation ou ovulation et son mécanisme physiologique ;

La copulation, ses conditions et ses effets ;

L'impuissance dans les deux sexes ;

La fécondation ou conception avec son mécanisme figuré, ses lois et ses secrets dans la procréation des sexes ;

La stérilité relative, accidentelle et volontaire, entre les sexes ;

La grossesse figurée dans ses diverses périodes ;

L'avortement avec ses causes et ses conséquences ;

L'accouchement dans ses différentes formes, suivi de la délivrance et des soins à donner à la mère et à l'enfant ;

La puerpéralité ou suites de couches ;

L'allaitement sous ses diverses formes, avec l'hygiène des nourrices et des nourrissons ;

Enfin l'éducation des enfants par l'hygiène physique et morale de la première et de la seconde enfance, et des notions de médecine maternelle, terminent le volume, avec la table alphabétique et analytique des matières.

C'est donc un traité complet du mariage quant aux droits, aux devoirs, aux rapports conjugaux et à toutes leurs conséquences, au point de vue légal, sanitaire, hygiénique et moral surtout, que nous offrons au public. Sans entrer dans les détails techniques de la science, nous avons cherché à en expliquer et à en faire comprendre les secrets par des faits, des expériences, des chiffres et des planches, en en opposant la lumière aux obscurités de la superstition, des préjugés et de l'erreur, qui sont encore répandues et accréditées sur toutes ces questions. Loin d'imiter ces descriptions lubriques d'organes et de fonctions bien connues, de pratiques honteuses, ni ces histoires et ces anecdotes graveleuses s'y rapportant, inventées pour exciter une curiosité malsaine et qui ont fait et font encore tout le succès des livres sur ce sujet, nous avons préférer recourir à des comparaisons familières, des expériences décisives, des faits convaincants, pour faire pénétrer la vérité dans les esprits, en n'employant que le langage sévère de la science et de l'histoire, de la morale et de la raison, pour initier les esprits sérieux aux découvertes récentes.

Les théories et les systèmes actuellement en vogue contre

la génération spontanée d'autrefois sont ainsi exposés et rendus perceptibles dans leurs résultats microscopiques quoique ressemblant encore beaucoup, par leurs abstractions, au merveilleux et au surnaturel. L'idéal n'est pas dans la cellule, le globule ou le microbe, qui abaissent toujours leurs contemplateurs vers la matière ; il est au contraire dans les grandes idées générales de la vie, dans l'ensemble de la création, qui élèvent et grandissent l'homme jusqu'au ciel. Nous avons réduit à leur juste valeur toutes les causes occultes et surnaturelles, sur l'influence de l'imagination, sur la production des signes, des envies, des difformités, des monstruosités et surtout des sexes à volonté. Ces exemples suffisent à montrer dans quel esprit cet ouvrage est rédigé.

Puisse-t-il fixer l'attention des jeunes gens, dont il sera un guide sûr et utile. Il mérite à ce titre d'être placé dans la corbeille des mariés. Les renseignements et les indications qu'il contient, en les éclairant, leur permettront de s'éviter bien des fautes, des craintes, des soupçons, des tourments, des chagrins, et de prévenir bien des accidents, des maladies, des malheurs dans leur ménage. C'est dire qu'il contribuera au bonheur de ceux qui le cherchent et le veulent sincèrement, dans un appui et un support mutuels, le respect et la confiance réciproques et une fidélité absolue.

MÉDECINE LÉGALE. Un cas intéressant, quoiqu'il ne fasse pas honneur à la justice américaine, s'est déroulé récemment devant la Cour de Philadelphie, en montrant bien les défauts et les imperfections de ce grand peuple. Un homme appelé Parr, âgé de soixante ans environ, est convaincu d'avoir poignardé sa fille. Sans paraître malade pendant son procès, il devient très nerveux. Au moment d'entendre sa sentence, il tombe en arrière de son banc, et, cherchant à se relever, il ne peut se tenir debout. Les assistants, en observant des spasmes convulsifs de la face et des bras à plusieurs reprises, en concluent aussitôt que le criminel avait pris de la strychnine, comme il avait menacé de le faire, pour éviter les galères. Le jugement est ajourné, et un traitement actif institué aussitôt contre l'empoisonnement, quoiqu'il n'y eût aucun spasme tétanique. La mort étant survenue dix-sept heures après, on constata de l'albumine

et des débris épithéliaux dans l'urine, et l'autopsie montra une néphrite interstitielle avancée, qui fit conclure que cet homme était mort de frayeur et d'empoisonnement urémique. L'analyse des liquides de l'estomac ne décela aucune trace de strychnine.

La défense étant que cet homme n'était pas responsable de ses actions, parce qu'il avait eu une fracture du crâne étant jeune, qui, changeant ses dispositions, l'avait rendu irritable, il s'agissait de vérifier l'existence de cette fracture. Des chirurgiens furent commis à cet effet, et tandis que les uns constatèrent l'évidence d'une ancienne fracture, sans en faire la cause du meurtre par l'absence d'accidents cérébraux et de méningite, les autres, sans méconnaître l'irrégularité du crâne, n'y ont pas vu les traces d'une fracture, en raison de la dépression correspondante du côté opposé. N'est-il pas étrange que, après la mort, l'examen du crâne n'ait pu résoudre la question soulevée? Un demi-siècle s'étant écoulé depuis, les deux tables de l'os n'avaient-elles pu se rétablir normalement, malgré la dépression évidente du diploé? Le jugement n'ayant plus sa raison d'être, la question reste à résoudre par les anatomo-pathologistes. (*Boston med. and surg. journ.*, juillet, nº 2.)

Ecchymoses sous-pleurales. Dans le procès qui s'instruit contre la valeur de ce signe médico-légal, donné à tort par Tardieu comme pathognomonique de la mort par suffocation, il convient d'ajouter à son existence, chez les mort-nés et les nouveau-nés, l'observation du professeur Parrot chez les jeunes enfants qui succombent aux affections broncho-pulmonaires. Il en a ainsi recueilli 42 cas, en 1878, dont 36 à la suite de la pleurésie venant compliquer d'autres affections, la rougeole et la diphthérite notamment. Il y avait 22 garçons et 20 filles, dont l'âge variait entre huit mois et cinq ans et demi. Cette lésion est donc beaucoup plus fréquente à cet âge de la vie que chez les nouveau-nés, qui meurent très rarement de pleurésie.

Il serait donc très erroné en constatant cette lésion de la plèvre chez un jeune enfant, de conclure à une mort violente et rapide. L'existence d'une altération aiguë et presque toujours inflammatoire de la plèvre ou du poumon, surtout à la base et en arrière, peut servir à les distinguer des ecchy-

moses sous-pleurales, qui sont le signe de la mort par suffocation. (*Rev. mensuelle*, septembre.)

Enseignement. A Lyon, la rareté des sujets ne permet pas de faire, comme à Paris, des conférences à jour fixe. On est obligé d'attendre les occasions et d'annoncer chaque fois la leçon par une affiche spéciale. Mais, cette irrégularité mise à part, on procède comme aujourd'hui à Paris et comme autrefois à Strasbourg. On peut même dire que Lyon a devancé Paris dans cette voie : la première conférence a eu lieu à la Morgue de Lyon, en décembre 1877; et, depuis lors, trois démonstrations pratiques ont été faites alternativement par les deux médecins experts près le tribunal et chargés, en cette qualité, de toutes les expertises médico-légales. Voy. HONORAIRES.

Etude médico-légale sur les testaments contestés pour cause de folie, par le docteur Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière, etc. 1 vol. in-8°.

MÉNINGITE TUBERCULEUSE. *Simulation.* Chez un garçon de seize ans, entré à l'hôpital Cochin le 19 août 1878, dans un état de stupeur très marqué, M. Rendu diagnostiqua une méningite tuberculeuse, en présence des symptômes suivants : céphalalgie frontale, vomissements, somnolence, obtusion graduelle des facultés intellectuelles, cris hydrencéphaliques, abaissement du pouls et de la température, parésie incomplète du côté gauche, secousses convulsives partielles à droite et coma final. La marche seule différa, car, malade depuis dix jours à son entrée, ce garçon ne succomba que le 17 septembre. Total : 40 jours; durée inusitée dans la méningite tuberculeuse. Chez un malade âgé, l'idée d'une tumeur fût peut-être venue à l'esprit; mais, chez un adolescent, celle de méningite s'imposait par l'ensemble symptomatique.

A l'autopsie cependant, les méninges étaient parfaitement saines, sans la moindre trace de granulation tuberculeuse; mais on rencontra, sur la partie postérieure de la couche optique droite, une tumeur gliomo-sarcomateuse, grosse comme un œuf de poule, qui soulevait l'épendyme et pénétrait dans le ventricule latéral droit, avec des prolongements

vers l'aqueduc de Sylvius. Elle commençait vers le quart postérieur et adhérait intimement à la partie la plus interne de la couche optique, avec des prolongements dans la substance blanche, à une étendue de 3 à 4 centimètres, sans que la capsule interne fût intéressée. De là la légèreté des phénomènes paralytiques.

C'est à l'hydrocéphalie provoquée par la tumeur que M. Rendu attribue les symptômes prédominants, comme Pinel l'avait déjà fait pour la méningite. Et cette observation donne une grande valeur à cette interprétation symptomatique de l'épanchement ventriculaire dans les lésions des méninges. (*Union méd.*, n° 11.)

Diagnostic. C'est en ne se laissant pas égarer par les détails encombrants qui compliquent la phénoménalité des méningites, dit le professeur Sée, que l'on peut en porter plus sûrement le diagnostic. Il le fit ainsi hardiment et catégoriquement, le 19 février dernier, en observant pour la première fois une femme de vingt-trois ans, entrée depuis cinq jours dans son service clinique de l'Hôtel-Dieu, alors que l'on croyait encore à une fièvre typhoïde. La maladie remontait en effet à douze ou treize jours. Mais l'expression de la face, la tristesse, la fixité du regard, l'ont frappé. Il n'y avait ni l'obtusion intellectuelle, ni l'affaissement des forces qui auraient dû exister à cette période de la dothinentérie.

La température était folle et oscillait autour de 39°, bien que le pouls restât peu fréquent, c'est-à-dire à 84 pulsations le soir et 68 seulement le matin.

Un symptôme décisif s'ajoutait à cette discordance du pouls avec la température : c'était le ralentissement très évident et persistant des battements du cœur.

La première période était ainsi passée presque inaperçue : céphalalgie assez modérée, vomissements, pas de constipation, qui sont les phénomènes initiaux. Et la troisième s'accentua bientôt par : renversement de la tête en arrière, dilatation énorme des deux pupilles, strabisme convergent, rougeur et pâleur alternatives du visage, hyperesthésie cutanée, respiration suspirieuse, lente, et mort six jours après.

Il n'y avait donc eu ni convulsions partielles ni générales,

ni paralysie, ni cri hydrencéphalique, ni tache méningitique, car tous ces symptômes sont exceptionnels. M. Dreyfous n'a noté les convulsions que quatre fois sur vingt-une observations. Le cri initial manque dans la plupart des cas, même chez les enfants, aussi bien que le mâchonnement, le grincement des dents, le décubitus latéral. En attendant la production de tous ces phénomènes pour faire son diagnostic, on risquerait le plus souvent de voir arriver la mort sans l'avoir fait.

L'autopsie justifia, en effet, de tout point le diagnostic porté si magistralement. Les granulations tuberculeuses furent rencontrées presque exclusivement à la base du cerveau, ce qui autorise à rapporter les principaux symptômes aux lésions bulbaires, comme le fait l'auteur, bien que M. Landouzy les ait attribuées récemment aux lésions fronto-pariétales, tandis que M. Dreyfous les rapporte à la protubérance, pour les avoir le plus souvent observées là. Les symptômes, comme les lésions, varient donc, et il ne faut s'en rapporter qu'aux plus fréquentes. (*Union méd.*, nos 56, 58 et suiv.)

Essai sur les symptômes protubéranciels de la méningite tuberculeuse; thèse inaugurale par Ferd. Dreyfous. Paris, 1879. Après les symptômes et les lésions de la méningite de la convexité du cerveau, exposés dans les thèses récentes de MM. Rendu et Landouzy, ceux produits par la protubérance étaient devenus indispensables; c'est le tribut de celle-ci, avec des vues particulières sur le cri hydrencéphalique et les attitudes spéciales des malades, que l'auteur étudie, avec beaucoup de détails et d'exemples à l'appui.

Tubercules de la choroïde. Si l'ophthalmoscope révèle des modifications du disque optique chez 80 pour 100 des enfants qui succombent à la méningite tuberculeuse, comme la névrite ou la dilatation des veines de la rétine, il n'en est pas de même de la présence des tubercules, suivant le docteur G. Garlick. Ces disques variant physiologiquement suivant les individus, ce n'est que par un examen journalier que l'on peut en constater les modifications progressives, et c'est pour n'avoir fait qu'une fois cet examen que la fréquence du tubercule choroïdien a été admise par Cohnheim dans la tuberculose.

Cette complication est au contraire très rare dans la méningite tuberculeuse. Le docteur Coupland n'en a pas rencontré plus de quatre cas à l'hôpital Middlesex, dans l'espace de cinq années, et le docteur Baxter n'en a pas constaté un seul cas depuis sept années à l'hôpital Evelina. M. Gowers confirme cette extrême rareté, quand leur présence est établie par des examens répétés et leurs changements progressifs. Cohnheim dit d'ailleurs qu'ils sont plus fréquents dans la méningite avec tuberculose générale que lorsqu'elle est localisée, et c'est en effet ce qui s'observe ordinairement.

La théorie mécanique de la névrite optique doit être abandonnée, suivant le docteur Barlow. L'identité de tissu rend bien mieux compte de ces affections, et le ramollissement plus fréquent du cerveau dans la méningite tuberculeuse que dans la méningite simple explique les lésions des centres optiques. Les tubercules de la choroïde correspondent à une lésion de la pie-mère, comme la névrite optique coïncide avec l'encéphalite. (*Royal med. and chir. Society*, 10 juin, et *Lancet*, n° XXIV.)

Troubles hémi-thermiques. Ils ont été constatés par le docteur Henrot chez un malade de vingt ans qui, à la suite d'une pleurésie double, fut pris de méningite et en mourut. Des phénomènes d'hémi-parésie et d'hémi-hypothermie gauche s'étaient d'abord manifestés, sans troubles de la sensibilité; mais, après l'apparition des phénomènes cérébraux, une élévation de température fut au contraire notée de ce côté. Deux thermomètres laissés pendant cinq minutes aux deux plis du coude marquèrent simultanément 37° à gauche et 34°, 8 à droite, soit 2°,2 de différence. L'autopsie décela les lésions de la méningite tuberculeuse; mais un foyer de méningite plastique, d'un demi-centimètre d'épaisseur, fut noté dans le sillon limitant en dehors le lobule paracentral droit. Est-ce donc là la cause, le centre de l'hémi-hypothermie, se demande l'auteur, et n'y aurait-il pas des centres thermiques, comme il y a des centres moteurs? (*Union méd. du Nord-Est*, février.)

Température élevée comme signe de mort. Dans dix-neuf cas observés sous ce rapport spécial par le professeur Henoch,

il y a eu une élévation notable de la température durant les vingt-quatre à trente-six heures avant la mort. De 101°,3 Fahr. pendant le cours de la maladie, elle s'élève ainsi de 104 à 105,8 et même plus, avant la mort, ne baissant un peu qu'à la fin. Ce prodrome de l'agonie n'a manqué que trois fois.

Ne pouvant attribuer ce symptôme final à la fièvre, ni à aucune complication inflammatoire, ni aux convulsions ayant manqué dans la plupart de ces cas, l'auteur l'attribue à la *paralysie des centres calorifiques* (?), en cherchant à étayer cette nouvelle hypothèse sur la faiblesse du pouls, la rougeur poussiéreuse de la face, etc., survenant simultanément. Sans qu'il y ait lieu de discuter l'explication, le fait est intéressant à noter. (*Berlin. klin. Woch.*, janvier.)

Iodure de potassium à haute dose. Appelé en consultation le 19 novembre pour une demoiselle de dix-neuf ans et demi, atteinte depuis douze à quinze jours d'une douleur atroce de la moitié gauche de la tête, avec vomissements répétés, constipation opiniâtre et insomnie, qui avaient résisté à tous les moyens, M. Rodet, ayant diagnostiqué une méningite, institua l'administration de l'iodure de potassium, qui amena la guérison. La gravité du cas autant que la rareté du résultat méritent donc de rappeler l'attention sur l'emploi de ce médicament.

C'est à la suite d'un travail intellectuel exagéré que le mal s'était déclaré. Le pouls était à 104 lors de l'examen, avec pupilles resserrées, lumière pénible à la vue, anurie presque complète. Le mal de tête arrachait des cris, surtout le soir, où il y avait une recrudescence marquée des douleurs ; mais on ne dit pas si ce cri était caractéristique.

Du 19 au 22, une médication très énergique contre les symptômes n'amena pas d'amélioration. La constipation persistait depuis plusieurs jours. Agitation extrême, cris redoublés, délire. La malade porte la main gauche à sa tête, tandis que le bras droit reste immobile et retombe comme une masse inerte en le soulevant. Rien aux membres inférieurs, sur lesquels de nombreux vésicatoires ont été appliqués.

C'est alors que 3 grammes d'iodure de potassium, mis dans un demi-litre de tisane de tilleul, sont pris dans les vingt-quatre heures. Dès le lendemain, amélioration sensible, coïncidant

avec une abondante évacuation alvine. L'iodure, auquel est attribué le succès, est dès lors porté à 4 grammes et à 5 le lendemain, et, dès le 29, la malade était en convalescence ; la paralysie du bras avait disparu dès le 25.

Un résultat si rapide permet bien d'élever quelques doutes sur la réalité de la méningite. Tous les membres de la Société de médecine de Lyon auxquels ce fait a été soumis ont été de cet avis. A coup sûr, elle n'était pas granuleuse, ni tuberculeuse. La débâcle alvine rendrait mieux compte de cette amélioration subite, et il est de fait qu'une constipation prolongée peut bien provoquer des symptômes cérébraux graves. M. Diday a attribué ces accidents à une syphilis héréditaire latente, et des faits à l'appui de cette interprétation ont été signalés. Mais comment admettre qu'un spécialiste comme M. Rodet s'y serait mépris? Rien, dans la famille ni chez l'enfant, ne pouvait autoriser cette supposition.

Il faut donc en revenir à l'idée de méningite aiguë, dont l'iodure de potassium serait un vrai spécifique, comme l'a dit le docteur Bourousse de Laforre, qui l'a préconisé comme tel dès 1860, après l'avoir employé sur huit méningitiques de l'hôpital des Enfants. Le fait est qu'il a agi aussi magiquement dans une observation datant de 1846, sur un enfant de cinq ans auquel 5 grammes d'iodure furent administrés en vingt-quatre heures. Le secret du succès serait donc dans ces hautes doses, et le fait est que ceux qui ont échoué ne l'ont jamais employé qu'à 50 ou 75 centigrammes. Une nouvelle expérimentation serait donc à renouveler à ce sujet. (*Lyon méd.*, nº 52, décembre 1878.)

Guérison spontanée. Rien ne s'oppose à admettre que l'évolution tuberculeuse du côté des méninges ne suive la même marche que la tuberculose des autres organes, dit M. Dujardin-Beaumetz, et qu'elle ne puisse s'arrêter, comme du côté du péritoine, du poumon ou de la plèvre, de l'ovaire ou des testicules. C'est ainsi qu'il attribue la guérison d'un charretier de trente-deux ans, susceptible d'hérédité tuberculeuse et qui, six mois après un violent coup de canne plombée, entra à l'hôpital, avec tous les symptômes d'une méningite tuberculeuse, moins les vomissements. Un examen ophthalmoscopique décela même tous les caractères de la

méningite et la présence évidente d'un tubercule de la choroïde.

Soumis sans espoir au traitement classique : calomel à dose fractionnée, bromure de potassium, vésicatoires, glace sur la tête, il guérit cependant et sortit de l'hôpital trente-huit jours après, parfaitement rétabli.

Un fait aussi probant s'est présenté à son observation dans son service du Bureau de bienfaisance du VII[e] arrondissement, il y a une douzaine d'années, chez une petite fille de l'avenue de Ségur. Elle guérit sans récidive de symptômes méningitiques, pendant plusieurs années qu'il la suivit.

M. Vallin relate à cette occasion deux faits analogues, observés par lui, de ces guérisons au moins temporaires, l'une chez un matelot de vingt-un ans, l'autre sur un enfant de deux ans. (*Soc. méd. des hôp.*, décembre 1878.)

Méningite spinale tuberculeuse. En tant que primitive, essentielle, cette forme de la tuberculisation est très rare, exceptionnelle. Elle n'est presque jamais isolée. Les paralysies consécutives ont été ainsi rapportées exclusivement aux lésions cérébrales, par M. Rendu, qui considère, dans sa thèse, les granulations tuberculeuses des méninges spinales coexistantes comme d'un simple intérêt anatomique.

C'est contre cette tendance générale que le docteur Debove tend à prémunir, par l'observation d'un menuisier de vingt-neuf ans, né de parents tuberculeux, toussant et crachant le sang depuis plusieurs mois, lorsqu'il fut pris de douleurs lombaires. Placé pendant trois jours seulement sous son observation, avant sa mort, il avait de la paraplégie avec perte de la sensibilité, rétention d'urine et constipation. Une eschare commençait au moment de la mort.

L'auteur ne peut ainsi invoquer que les lésions anatomiques trouvées à l'autopsie pour admettre une méningite spinale primitive. Elles étaient bien plus marquées et profondes dans la moelle que sur le cerveau. C'est vrai ; mais celui-ci n'en était pas exempt et encore moins les poumons. Comment savoir dès lors où le tubercule avait commencé ? On peut bien affirmer que la mort est arrivée par la moelle ; mais la tuberculisation n'était-elle pas générale et n'avait-elle pas débuté ailleurs ? Tout l'intérêt de ce débat consiste donc à montrer que la méningite tuberculeuse, limitée à la

moelle, peut produire la paraplégie, ce que personne ne songerait à contester, tandis que des paralysies remontant plus haut peuvent être seules produites par les lésions du cerveau. (*Soc. méd. des hôp.*, décembre, et *Union méd.*, nº 49.)

MORPHINISME. Voy. INJECTIONS MORPHINÉES.

MYXŒDÈME. Nom donné récemment par le docteur W. Ord à l'*affection crétinoïde* de sir William Gull, qui l'avait empruntée à la ressemblance extérieure des malades avec les crétins anglais. L'éminent pathologiste anglais est aussi pittoresque dans toutes ses dénominations, car il s'agit de l'état gélatineux du tissu conjonctif, dû à l'hypertrophie du cément amorphe qui en remplit les mailles et donne une apparence œdématiée au malade. Tous les tissus sont comme infiltrés, œdématiés, d'où résulte un accroissement de volume de tout le corps. La face se déforme et passe de l'ovale au rond et même au transverse. La peau est molle et transparente comme de la porcelaine. L'épaississement du tissu cellulaire écarte les yeux et déprime la racine du nez, en grossit et élargit les ailes ainsi que les lèvres. La langue, les mains participent à cet état avec le reste du corps, bien que les parties inférieures, moins dures, ressemblent à un œdème généralisé. Toutes les fonctions sont engourdies, paresseuses, la parole, l'intelligence, comme le mouvement.

C'est donc bien là l'aspect lourd et indifférent du crétin; mais c'est bien plus exactement un semi-œdème et non pas une polysarcie, comme on l'appelait autrefois en France, d'après quelques cas. Bien qu'il y ait une ample accumulation graisseuse, la polysarcie ne donne pas l'apparence spéciale observée dans ces cas.

Dans sa communication sur ce sujet à la Société clinique de Londres, le 24 octobre 1873, sir W. Gull rapportait cinq cas observés sur des femmes approchant de la ménopause ou ayant passé cette époque critique. Une langueur générale s'empare de la femme, sans cause appréciable, car les règles sont parfois encore très abondantes. La température reste normale, ainsi que le pouls et la sensibilité. Peu à peu, les malades deviennent énormes, par une sorte d'œdème solide,

de bouffissure envahissant tout le corps; les pieds et les mains deviennent massifs; une grande paresse intellectuelle s'oppose à tout travail physique et moral, sans trouble apparent des fonctions organiques. La vie persiste ainsi longtemps.

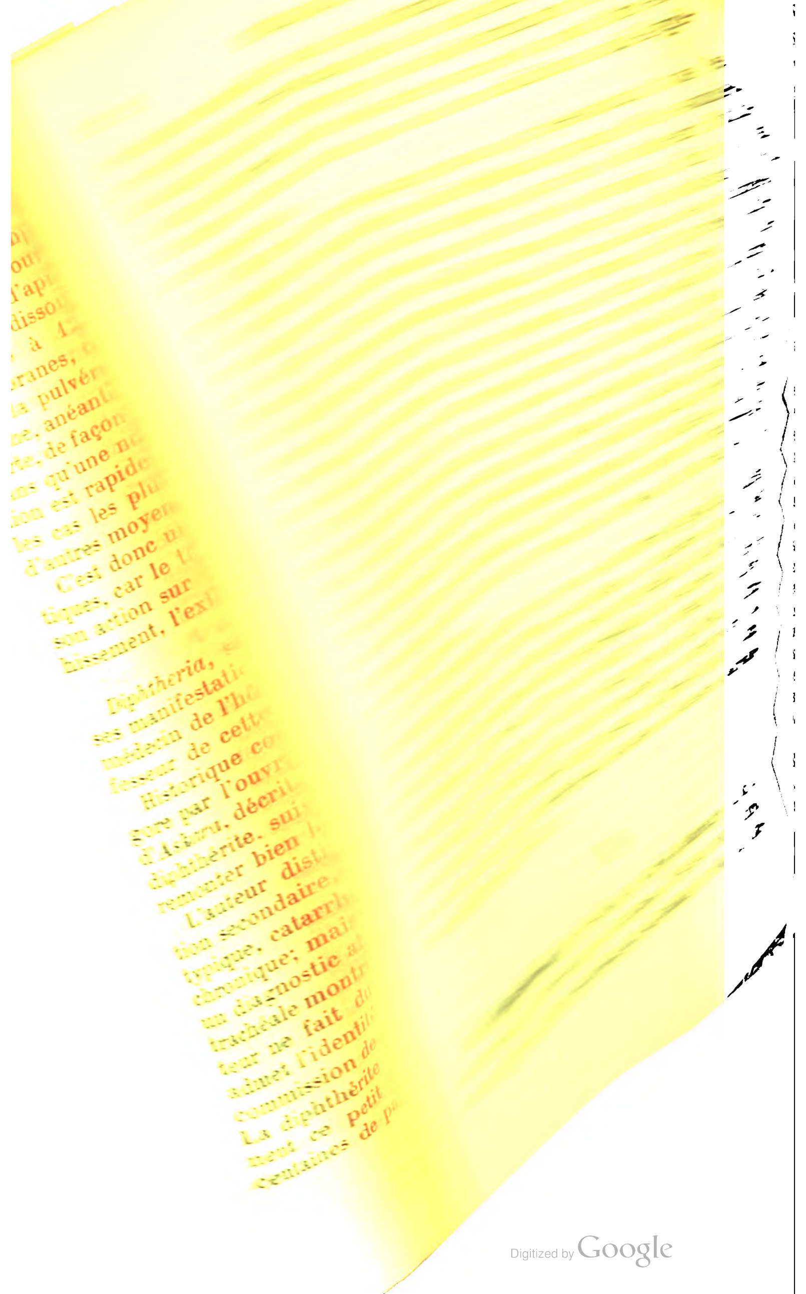
D'après M. Lasègue, une femme nommée Madeleine, pensionnaire à l'hospice de la Vieillesse, était montrée autrefois comme un échantillon-type de cette maladie. Prise graduellement d'une bouffissure solide vers l'âge de quarante ans, elle avait été admise plutôt que traitée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Magendie, et ensuite transférée à la Salpêtrière, où elle succomba d'une maladie pulmonaire à un âge avancé.

Les cinq nouveaux exemples observés par le docteur Ord et communiqués à la Société clinique de Londres, en 1878, étaient des femmes de quarante à soixante ans. Deux observations continuées pendant six à sept ans, et jusqu'à la mort, en sont relatées en détail, rappelant exactement le type précédent. Le faciès est surtout caractéristique, et, chez toutes, l'aspect gélatineux, la rudesse et la sécheresse de la peau étaient remarquables. Le sang examiné était normal, ainsi que l'urine, dont la densité variait de 1008 à 1017, sans trace d'albumine. L'albuminurie n'apparaît qu'à la fin, et c'est ainsi que, dans l'unique autopsie relatée, la substance corticale des reins était altérée, granuleuse, avec distension et athérome des artères. Le cœur, pesant 500 grammes, avait le ventricule gauche hypertrophié, sans lésions valvulaires, les artères étant distendues et athéromateuses, comme celles des reins. Un épanchement abondant se trouva dans toutes les séreuses.

Un œdème ferme et élastique existait au cœur, au voile du palais, au larynx, à l'estomac, au col de la vessie, et la peau, coupée en fragments, ne laissait suinter que très peu de liquide. Elle conservait son état œdémateux.

L'examen microscopique a montré un état gélatineux de l'élément fibrillaire du tissu conjonctif, déterminant sa dissociation et son volume anormal. L'épaisseur de la tunique adventice des artères est ainsi triplée et quadruplée, et l'on retrouve ce même gonflement du tissu conjonctif dans les reins, le foie, la glande thyroïde. (*Archiv. de méd.*, juin.)

C'est donc là une lente prolifération morbide, dégénéra-



m[p
our
d'ap
disso
à
branes, c
la pulvér
ne, anéant
rte, de façon
ns qu'une n
ion est rapide
les cas les plu
d'autres moyen
C'est donc u
tiques, car le t
son action sur
hissement, l'ex

Diphtheria,
ses manifestati
médecin de l'hô
fesseur de cett
Historique co
gure par l'ouvr
d'Asharu, décri
diphthérite. sui
remonter bien
L'auteur dist
tion secondaire,
typique, catarrh
chronique; mai
un diagnostic a
trachéale montr
teur ne fait du
admet l'identit
commission de
La diphthérite
ment ce petit
centaines de p

seil municipal de Paris, à l'hôpital temporaire de
Sèvres. En le destinant exclusivement au traite
maladies chroniques de la poitrine, dont Laënnec
nieusement éclairé le diagnostic par sa déco
l'auscultation, M. le préfet de la Seine lui a in
nom. Ce n'est que justice.

De plus, la Faculté de médecine de Paris a fai
dans son texte primitif et entièrement conforme à
édition de 1826, sans additions ni corrections, sor
l'auscultation médiate et des maladies des poum
cœur, pour l'offrir aux étudiants et aux savants. I
s'honore en assurant la conservation des monu
font sa gloire; et, après la découverte de la circ
plus grand fait qui domine la médecine conte
c'est la découverte de l'auscultation. Le nom d
doit donc être conservé religieusement par s
comme il est offert en admiration à ses compa
l'érection de sa statue à Quimper, faite le 15 a

Mais l'hommage le plus sensible à l'amour-prop
est l'éloge public et solennel rendu par le docte
à l'œuvre de Laënnec dans son *Address* en n
l'Association médicale britannique, réunie à Cork
devant un auditoire de plus de 2000 médecins, (
pays. Montrant le terrain scientifique préparé p
Haller, Hunter, Morgagni, il découvre Laënnec, jeu
Bichat, accomplissant
nique et la fécondant sa grande œuvre d'obser
démonstration du ...nt, le stéthoscope à la ma
des signes physiques rapport exact et de l'expressio
organes. Dix ans ...s avec les lésions patholo
nouvelle génération suffirent à ce grand génie pou
furent si grands sur à cette méthode, dont le
l'on ne peut en concevoir les progrès de la science a
découvertes. Il en ...evoir la réalisation sans ses p
blique sur la médecine a même augmenté la consid
résultats immédiats ...cine et les médecins, car, en
comprendre les de l'auscultation, le vulg
nostic et par suite grands progrès du diagnostic
eu autant d'influence du traitement. Aucun homm
faut-il pas oublier ...ce sur la médecine modern
qui en posa les les enseignements ni la pratiq
fondements.

tive du tissu conjonctif, qui, en obstruant les organes, en gêne et ralentit progressivement les fonctions en les annihilant, au point de les paralyser et de déterminer la mort à la longue. Heureusement, elle est très rare et peut être sous l'influence de certains climats ou de conditions anti-hygiéniques spéciales.

Une femme de trente-quatre ans, présentant tous les symptômes de cette singulière affection, ayant été soumise, le 10 octobre, à la Société clinique, par le docteur Duckworth, une nouvelle discussion s'en est suivie. Six cas en ont été vus à l'hôpital Saint-Thomas par le docteur Ord, depuis sa dernière communication, tous chez des femmes, dont la dernière, entrée le 4 février dernier, fut prise subitement de trouble mental quelques jours après, et elle succomba le quatorzième jour, dans une profonde léthargie avec délire, sans que la température s'élevât à plus de 32 à 34°, pour tomber à 26 au moment de la mort. L'autopsie montra les mêmes lésions que la précédente : épanchement dans toutes les séreuses, cœur flasque et dilaté, parois artérielles épaissies, calibre diminué, prolifération générale du tissu connectif, d'un caractère muqueux, à fibrilles distinctes, nucléoles gros et abondants. Il a subi la même rétrogression muqueuse dans le foie, les reins, la peau, les muscles et la moelle spinale.

Il est remarquable que les cas observés jusqu'ici étaient exclusivement des femmes adultes, atteintes après leur accouchement, sans aucune trace de syphilis. La glande thyroïde était constamment imperceptible, les urines exemptes d'albumine. Pronostic grave, malgré la lenteur de l'affection, qui s'améliore en été et s'aggrave en hiver, contrairement à la pellagre, dont elle semble se rapprocher. La mort en est le terme fatal, après une durée de six à douze ans, sans que le traitement ait aucune influence appréciable. (*Lancet*, n° XVI.)

N

NÉCROLOGIE. Un double, un triple hommage public a été rendu à la mémoire de Laënnec. C'est son nom donné, sur le vœu du corps médical des hôpitaux et celui du Con-

seil municipal de Paris, à l'hôpital temporaire de la rue de Sèvres. En le destinant exclusivement au traitement des maladies chroniques de la poitrine, dont Laënnec a si ingénieusement éclairé le diagnostic par sa découverte de l'auscultation, M. le préfet de la Seine lui a imposé son nom. Ce n'est que justice.

De plus, la Faculté de médecine de Paris a fait rééditer, dans son texte primitif et entièrement conforme à la seconde édition de 1826, sans additions ni corrections, son *Traité de l'auscultation médiate et des maladies des poumons et du cœur*, pour l'offrir aux étudiants et aux savants. Une nation s'honore en assurant la conservation des monuments qui font sa gloire; et, après la découverte de la circulation, le plus grand fait qui domine la médecine contemporaine, c'est la découverte de l'auscultation. Le nom de Laënnec doit donc être conservé religieusement par son œuvre, comme il est offert en admiration à ses compatriotes par l'érection de sa statue à Quimper, faite le 15 août 1868.

Mais l'hommage le plus sensible à l'amour-propre français est l'éloge public et solennel rendu par le docteur Hudson à l'œuvre de Laënnec dans son *Address* en médecine, à l'Association médicale britannique, réunie à Cork le 5 août, devant un auditoire de plus de 2000 médecins, de tous les pays. Montrant le terrain scientifique préparé par Bichat, Haller, Hunter, Morgagni, il découvre Laënnec, jeune comme Bichat, accomplissant sa grande œuvre d'observation clinique et la fécondant, le stéthoscope à la main, par la démonstration du rapport exact et de l'expression naturelle des signes physiques avec les lésions pathologiques des organes. Dix ans suffirent à ce grand génie pour initier la nouvelle génération à cette méthode, dont les résultats furent si grands sur les progrès de la science actuelle que l'on ne peut en concevoir la réalisation sans ses prodigieuses découvertes. Il en a même augmenté la considération publique sur la médecine et les médecins, car, en voyant les résultats immédiats de l'auscultation, le vulgaire a pu comprendre les grands progrès du diagnostic et du pronostic et par suite du traitement. Aucun homme n'a donc eu autant d'influence sur la médecine moderne. Aussi ne faut-il pas oublier les enseignements ni la pratique de *celui* qui en posa les fondements.

Il est heureux, a dit le contemplateur de cette œuvre immense et féconde, que la microscopie actuelle n'ait pas été inventée alors, car elle eût risqué de perdre un si puissant génie dans ses détails minutieux.

Sur le vœu de la Société médico-psychologique qu'une statue fût élevée à Philippe Pinel, fondé sur les considérants : qu'il est une des gloires médicales les plus pures de la France, en ayant fait tomber le premier en 1793, par son initiative perspicace et hardie, les chaînes des aliénés de Bicêtre, et comme le véritable fondateur de la science des maladies mentales par son enseignement éclatant et fécond à la Salpêtrière, d'où ses nombreux élèves sont allés partout propager ses idées, ses réformes et ses bienfaits, et qu'à tous ces titres, il est considéré dans le monde entier comme l'un des bienfaiteurs les plus méritants de l'humanité; ce vœu, transmis au préfet de la Seine, a été accueilli par le Conseil municipal, qui a résolu d'élever cette statue sur la place de la Salpêtrière, pour perpétuer le souvenir de ce grand homme.

Le Conseil municipal de Paris a aussi rendu hommage au dévouement des médecins de l'Assistance publique, qui, aux bureaux de bienfaisance comme dans les hôpitaux, s'exposent tous les jours à la mort dans ses foyers permanents de contagion et d'infection. Sur la proposition du docteur Liouville, l'un de ses membres, lui signalant les deuils cruels qui venaient de frapper la jeunesse médicale des hôpitaux dans la personne de J. Abbadie-Tourné, interne en médecine, H. Carette, externe, Prével, interne en pharmacie, morts du croup contracté en remplissant leur devoir dans les hôpitaux d'enfants, le Conseil, après en avoir délibéré, a adopté l'arrêté suivant :

Art. 1er. — Des plaques commémoratives en marbre seront placées dans les hôpitaux et hospices de la ville de Paris, sur lesquelles seront inscrits les noms des médecins, chirurgiens, internes, externes, élèves en médecine ou tous autres auxiliaires de l'Assistance publique, morts victimes de leur dévouement dans l'exercice de leurs fonctions.

Art. 2. — Lors de l'inhumation, le Conseil municipal sera représenté officiellement aux obsèques par quatre de ses membres spécialement désignés à cet effet.

La Suède a aussi perpétué le souvenir de l'illustre Linné, en acquérant, moyennant la somme de 80,000 couronnes suédoises, sa propriété d'Hammarbey, près d'Upsal, pour la transformer en un musée, placé sous la direction du recteur de cette Université célèbre.

Sous le nom de *Parkes Museum*, un musée d'hygiène a été fondé à Londres en mémoire de cet illustre médecin militaire anglais dont la guerre de Crimée a développé les talents d'hygiéniste et fait la réputation. Une souscription publique de 25 000 francs a été consacrée à cet établissement, qui sera ouvert spécialement aux artisans, ouvriers et travailleurs, pour leur apprendre à appliquer les mesures d'hygiène. Il a été ouvert le 28 juin, par le ministre Cross, et contribuera ainsi utilement à perpétuer le nom d'un médecin utile à son pays et à l'humanité.

Un prix triennal de 100 livres (2 500 fr.) a aussi été institué dans le même but, avec une médaille d'or, retraçant les traits, la vie et les travaux de cet hygiéniste. Il est spécialement offert au concours des médecins de l'armée et de la marine anglaise. Le premier sera décerné en 1881 à l'auteur du meilleur essai sur la question de *l'influence des mesures hygiéniques contre l'extension du choléra*. N'est-ce pas une manière délicate de continuer la vie de cet homme de bien?

Un monument a encore été élevé à Galvagni, dans le quartier le plus commerçant de Bologne, l'un des principaux centres académiques de l'Italie. Il est représenté en marbre, dans des proportions colossales, au moment où, touchant la patte d'une grenouille avec deux métaux différents, il découvrit la loi de l'électricité animale. Exemple éclatant de l'utilité des vivisections sur les progrès des connaissances humaines.

Une Maternité a aussi été ouverte à Édimbourg, en mémoire et au nom même du célèbre accoucheur et gynécologiste J. Simpson. 62,500 francs ont été recueillis à cet effet. Toutes les améliorations sanitaires y seront introduites à l'honneur de son nom.

Bazin *P.-A.-E.*, le célèbre réformateur de la dermatologie et qui a même tenté de révolutionner la pathologie

entière, a succombé le 14 décembre 1878, à soixante et onze ans. Une observation pénétrante, jointe à une instruction solide, le destinait aux fonctions les plus élevées de l'enseignement, quand il s'en vit exclu en raison même de la hardiesse de son esprit. Il s'en dédommagea en créant une école originale, personnelle, à l'hôpital Saint-Louis, dont les doctrines, diamétralement opposées à celles de la Faculté d'alors, triomphent aujourd'hui partout. Son nom vivra ainsi à côté de ceux d'Alibert, de Biett, Willan, Bateman et de tant d'autres, tandis que celui de plusieurs contemporains qui, plus heureux, lui ont fait échec, sont déjà oubliés.

Bigelow, *Jacob*, le doyen de la Société de médecine du Massachusetts et peut-être des médecins américains, a terminé sa longue et glorieuse carrière le 10 janvier, âgé de quatre-vingt-onze ans. Né quelques années seulement après l'indépendance américaine, il se distingua de bonne heure comme botaniste, puis comme médecin, et ses travaux lui acquirent ainsi une célébrité européenne. Son nom est illustré aujourd'hui par deux nouvelles générations et ne peut s'oublier, quoique son fondateur repose maintenant dans le cimetière du mont Auburn, qu'il a fait ériger comme modèle.

Callender, *Georges*, le jeune et brillant chirurgien anglais qui succéda, à ce titre, à sir J. Paget à l'hôpital Saint-Barthélemy, est mort au milieu de l'Atlantique, le 20 octobre, à quarante-neuf ans! Perte immense pour la profession, dont il était l'orgueil et l'espérance. Atteint d'albuminurie, il entreprit en août un voyage aux Etats-Unis, avec ses deux filles, pour se remettre. Il était à Philadelphie, quand des symptômes graves éclatèrent. Il voulut revenir en toute hâte, et un train spécial l'amena immédiatement sur le *Gallia*, en partance à New-York. C'est là qu'il succomba, cinq jours après, au milieu de la traversée. Ses concitoyens ne reçurent que son cadavre.

Entré à Saint-Barthélemy en 1849, il remplit successivement les fonctions d'interne, de démonstrateur, de chirurgien et de professeur, de secrétaire et trésorier de cette Ecole. Membre de la Société royale, il fut choisi successivement comme examinateur en chirurgie à l'Université de

Cambridge, puis en anatomie à celle de Londres, et professeur d'anatomie et de physiologie au Collège des chirurgiens. Il présida tour à tour la Société pathologique, la Société clinique et la Société royale de médecine et de chirurgie. Il était correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

En justifiant l'estime professionnelle dont il jouissait, ces titres n'étaient que l'équivalent de ses travaux. D'un caractère affable et bienveillant, il attirait autour lui, par son enseignement clair et simple. Sans être un opérateur hors ligne, il avait un soin personnel si minutieux pour ses opérés, dans leur pansement surtout, qu'il obtenait des résultats beaucoup plus satisfaisants que d'autres chirurgiens. C'était sa marque distinctive et qui fit sa réputation.

Chassaignac, l'illustre et ingénieux inventeur de l'écrasement linéaire, du drainage chirurgical et de diverses méthodes et procédés opératoires, comme le pansement occlusif, la trachéotomie en un seul temps, a succombé au diabète, dont il était atteint depuis longtemps, le 26 août, âgé de soixante-quatorze ans. L'un des premiers parmi ses contemporains, il osa s'affranchir des idées reçues et s'écarter des sentiers battus, pour penser et agir par lui-même. Aussi fut-il tenu éloigné avec soin, comme Bazin, des grandes positions officielles. Malgré ses longs et éclatants services dans l'enseignement libre de l'anatomie et de la chirurgie, à côté des Blandin, Denonvilliers, Michon, Lenoir, Robert, malgré ses brillants concours, la Faculté, après l'avoir reçu comme agrégé, refusa constamment de lui donner une chaire officielle, en lui préférant des rivaux moins dignes, moins originaux. Il fut ainsi supplanté dans l'enseignement officiel par les Bérard, Denonvilliers, Laugier, Nélaton et tant d'autres, dont les noms et les travaux sont déjà oubliés, alors que les siens sont impérissables. Il ne réussit même que tardivement au concours des hôpitaux, où il joua un si grand rôle par ses leçons et son exemple, et c'est à soixante-trois ans seulement que l'Académie de médecine se l'associa, en 1868, après avoir solennellement proclamé le mérite de ses travaux en les récompensant d'un prix spécial.

On a dit ainsi qu'il était une victime du concours. Au contraire, il est une preuve de ses meilleurs effets, car c'est en

s'y préparant pour les soutenir avec éclat que Chassaignac est aujourd'hui et restera comme le plus célèbre et le plus méritant de ses concurrents, quoique comblés d'honneurs et de places pendant leur vie. Sa *Médecine opératoire* et son *Traité de la suppuration* feront toujours plus d'honneur à la chirurgie française que les ouvrages de ses rivaux plus heureux que lui. Aussi son nom, connu et honoré dans le monde entier, ira-t-il en grandissant après sa mort, comme la glorification de ses travaux et sa juste récompense.

Chauffard, *Paul-Emile*, le médecin vitaliste le plus éminent du jour, est mort foudroyé par la rupture d'un anévrysme méconnu, ignoré de l'aorte, le 6 février, âgé de moins de 60 ans. Il venait d'être remplacé la veille à peine, dans son poste élevé d'inspecteur général de l'enseignement de la médecine, et ce coup dut lui être fatal. Malgré sa pâleur et sa maigreur habituelles, rien ne faisait présager une telle fin. Il se coucha gai comme d'habitude, et, sans avertissement ni malaise, on le trouva expirant une minute après, rendant le sang à flots. Fin bien tragique pour une nature si placide en apparence, une vie si calme et tranquille en réalité.

De tous ses condisciples et ses collègues à la Faculté de médecine de Paris, Chauffard était le seul à peu près de sa génération qui eût conservé sa foi spiritualiste et affermi les convictions vitalistes de sa jeunesse. Il en était le représentant le plus autorisé, sinon le seul, lorsqu'après plus de dix ans d'absence, consacrés à la pratique, il y reparut vers 1860, au milieu des négations et des affirmations contraires, pour y conquérir sa place. Notoirement connu par sa traduction de Borsieri, son *Traité de pathologie générale* et tous ses travaux antérieurs, comme l'antagoniste convaincu et redoutable des doctrines régnantes à l'école de Paris, il sut rapidement s'imposer par son mérite, son talent et la souplesse, la courtoisie de son esprit, au point de conquérir bientôt la première chaire pour enseigner ses doctrines et la première place pour les faire prévaloir.

Il n'y réussit pas. La fougueuse jeunesse des étudiants interrompit ses leçons plus d'une fois, et il dut même les suspendre à plusieurs reprises. Mais rien n'en put modifier l'esprit, ni changer la forme. Il était né vitaliste, et il resta

tel dans son cours de pathologie et de thérapeutique générales, malgré l'esprit positiviste du jour, les démonstrations expérimentales et histologiques de ses collègues. Il s'en assimilait la substance au profit de ses idées, comme ses *Etudes sur la vie*, publiées peu de temps avant sa mort, en sont la preuve. Ce fut son testament scientifique, de même que ses biographies éloquentes de Broussais, Laennec, Chomel, Andral, Cl. Bernard, en étaient les précurseurs. C'est par là que sa place est marquée au milieu des médecins célèbres du XIXe siècle.

Le grand succès de Chauffard fut dû à la fermeté de ses convictions et à la manière élevée et savante de les défendre, mais surtout à son esprit courtois, souple et insinuant. Sa manière ambiguë d'exprimer une pensée dans la parole, le geste et le regard, réalisait au plus haut degré le type du clérical. Son éloge funèbre de Tardieu en est la dernière preuve. Tout en étant l'antipode de ses principes, de ses actes et de sa vie tout entière, il ne trouva que ce seul mot pour marquer son dissentiment : « Il ne sut pas chercher le calme où il est. » *Ecce homo!*

Devergie, *Alphonse*, le doyen honoré des médecins légistes français, a terminé sa longue carrière le 2 octobre, à quatre-vingt-deux ans. Une probité inflexible dans tous ses actes publics et une grande dignité professionnelle ont été la distinction de sa vie. Son *Traité de médecine légale*, qui a eu plusieurs éditions, atteste le rôle puissant qu'il a joué. Aussi est-il mort directeur de la Morgue de Paris, où il inaugura l'enseignement de la médecine légale. Après avoir contribué à fonder la Société de médecine légale, il la présida avec autorité.

Médecin de l'hôpital Saint-Louis, il illustra aussi la dermatologie par la fondation d'un musée spécial dans cet établissement et la publication d'un *Traité des maladies de la peau*. Elu président de l'Académie de médecine, il en remplit scrupuleusement tous les devoirs en se montrant très jaloux de sa dignité et de son avenir. Utilitaire et autoritaire, peut-être à l'excès, il donna ce cachet à tous ses actes. C'est ainsi l'une des dernières illustrations médicales de la glorieuse génération de 1830 qui s'éteint et dont il ne reste plus guère qu'un ou deux survivants.

Duparcque, *Frédéric*, le doyen des médecins de Paris et peut-être du monde entier, a expiré le 30 octobre, à quatre-vingt-onze ans. Ancien interne des hôpitaux de Paris, il se distingua de bonne heure par la publication d'un *Traité des altérations organiques, simples et cancéreuses, de l'utérus* (Paris, 1832). Couronné l'année précédente par la Société de médecine de Bordeaux, ce livre lui donna une grande notoriété. Son honorabilité, sa probité professionnelle étaient surtout notoires. Chevalier de la Légion d'honneur, médecin des pauvres et membre de la Société de médecine de Paris dès 1818 et qu'il présida ensuite, il resta fidèle en mourant aux habitudes de sa longue et honorable carrière, en léguant à cette Société 10,000 francs, pareille somme aux pauvres de son quartier et autant à l'Association des médecins de la Seine. Cette œuvre de charité est le digne couronnement d'une noble vie !

Fleming, *John Gibson*, le célèbre médecin écossais, a succombé à une fièvre typhoïde très bien caractérisée, le 3 octobre, à l'âge avancé de soixante-dix ans. Il se distingue ainsi jusque par sa mort. Né à Glasgow et docteur de l'Université, il ne cessa d'y exercer avec distinction jusqu'à sa mort, soit comme chirurgien de l'infirmerie royale, soit comme doyen de la Faculté de médecine, qu'il représenta pendant quinze ans au *Médical Council.* C'était le praticien le plus consulté dans sa ville natale, et, par le dévouement et l'activité qu'il mit à lui être utile pendant sa longue carrière, sa mort fait un vide qui sera difficilement comblé.

Fox, *Tilbury William*, dermatologiste anglais universellement connu, est mort subitement à Paris, le 7 juin, à quarante-trois ans. Sachant qu'il était atteint d'une affection cardiaque, et la mort subite de son ami Murchison l'ayant frappé, il vint faire diversion à sa tristesse en passant une semaine à Paris pour étudier la dermatologie et préparer son *Adress* au prochain congrès de l'Association britannique. Il a succombé au moment de son départ, entraînant par sa mort celle de son vieux père, le docteur Luther Fox, qui succomba dix jours après, à l'âge de soixante-sept ans, ne laissant ainsi de onze enfants que cinq survivants.

Sans avoir fait aucune découverte pour illustrer son nom, Tilbury Fox, par la multiplicité de ses travaux, son activité et ses brillants succès dans sa spécialité, s'était si bien fait connaître pendant sa courte carrière, qu'il était le plus répandu. Son enseignement au collège de l'Université était très apprécié. Il a fait et dépensé plus d'activité en quelques années que d'autres en une longue existence. De là son extrême popularité. C'est la compensation de ceux dont le corps est ainsi faible, que l'esprit, les passions y prédominent. Ils ont hâte de jouir ou de travailler; c'est un besoin de produire et se dépenser pendant leur court séjour sur la terre, comme s'ils avaient le pressentiment de disparaître bientôt.

Garrod, *Alfred-Henry*, le fils aîné du célèbre docteur Garrod, a succombé, le 17 octobre, à une phthisie laryngée, à trente-trois ans. Après des études médicales très brillantes à King's College, où il fut interne, il se dédia aux sciences naturelles, qu'il alla étudier à Cambridge, et, trois ans après, il était nommé professeur d'anatomie comparée à son Alma Mater. Des expériences physiologiques remarquables l'avaient déjà associé à la Société royale et à la Société zoologique, lorsque l'impitoyable mort brisa soudainement une carrière si brillamment commencée et qui faisait présager une haute destinée!!

Gubler, *Adolphe*, le professeur si distingué de thérapeutique, le fils adoptif et affectionné de Lallemand, a succombé le 20 avril, à cinquante-neuf ans. Comme son maître et son prédécesseur Trousseau, dont il avait tout l'entraînement, l'attraction, la spontanéité et l'originalité d'esprit, il est mort d'un cancer de l'estomac. C'est une grande perte et la plus grande assurément de celles qu'a faites la Faculté de médecine de Paris cette année, celle qu'elle réparera le plus difficilement. Par l'étendue, la variété et la solidité de ses connaissances, autant que par ses qualités magistrales d'improvisation, de clarté, de lucidité, d'élégance même de la parole, au timbre clair et harmonieux, c'était le professeur accompli; aussi réunissait-il la foule des élèves, dont il était aussi estimé qu'écouté, à sa clinique de l'hôpital Beaujon comme à son cours de la Faculté. Jamais il ne sou-

leva ces orages scandaleux dont la mémoire de Chauffard et de Tardieu est chargée.

Observateur d'une finesse et d'une sagacité rares, doué d'une mémoire merveilleuse et d'une facilité d'assimilation encyclopédique, il était à la fois clinicien perspicace, physiologiste ingénieux, biologiste éminent et naturaliste distingué ; c'est ainsi qu'il réalisait le professeur de thérapeutique accompli. Son activité et sa régularité d'esprit, son amour de la science et de l'enseignement, autant que de son pays, en étaient le complément.

Gubler brillait par les qualités du cœur autant que par celles de l'esprit. Il était serviable, aimant, compatissant. Il ne savait pas faire de la peine ni désobliger, jusqu'aux confins même parfois de la faiblesse et de la partialité. Aussi fut-il méconnu parfois de ceux qui ne le connaissaient pas. Ses nombreux travaux sont disséminés dans les annales de la science, où il déposait abondamment les fruits de son observation et surtout de son esprit. Ses *Commentaires thérapeutiques* sont le plus important monument qu'il laisse à la postérité; mais il lègue en mourant une partie de sa fortune pour la création d'une chaire de thérapeutique pratique qui lui survivra.

Jacquemier, obstétricien distingué, qui le premier, en 1837, signala, dans sa thèse inaugurale, les troubles cardiaques de la grossesse et l'indication des battements du cœur du fœtus pour la conduite à tenir dans son extraction; bien connu par ses recherches sur le placenta et un excellent *Manuel d'accouchement*, est mort le 14 juin, à soixante-onze ans à peine. Modeste jusqu'à la simplicité et d'une timidité extrême, il exerça longtemps sans bruit, apprécié seulement de ses confrères, qui le tenaient en grande estime pour son observation et son habileté obstétricale, sa prudence et sa parfaite honorabilité. Cette estime confraternelle le fit ainsi admettre à l'Académie de médecine presque à son insu, alors que tant de concurrents briguaient hautement cet honneur. Son assiduité aux séances montra le prix qu'il attachait à cette distinction, mais il n'y prit jamais la parole ; son rôle était dans les commissions, et c'est ainsi qu'il fut décoré de la Légion d'honneur. Aussi a-t-il fondé un prix d'obstétrique à ce corps savant.

Cet accoucheur simple, réservé, honnête, offrait un contraste frappant avec un autre accoucheur bien plus célèbre, le docteur Campbell, mort presque subitement, deux jours après lui, à cinquante-neuf ans. Homme du monde et tout d'extérieur, celui-ci obtint, avec ces dons superficiels, de bien plus grands succès de réputation et d'argent que Jacquemier avec son savoir profond, ses titres et sa parfaite honorabilité; mais il vivra moins dans la postérité.

Jolly, *Paul*, le médecin intègre, l'homme de cœur, l'ami de tous, a cessé de vivre le 15 mai, âgé de quatre-vingt-neuf ans. Actif, intelligent et instruit, il se distingua de bonne heure comme écrivain par des mémoires originaux, des articles de journaux et de dictionnaires, des morceaux de critique, dont l'éclat mêla intimement son nom aux plus célèbres de cette glorieuse pléiade de médecins illustres de 1830 : Andral, Bouillaud, Chomel, Cruveilhier, Piorry, Rostan, etc. Elu à l'Académie de médecine en 1839, il en devint un des membres les plus actifs dans les commissions et les discussions, comme rapporteur et orateur, secrétaire et président, et fut assidu à ses séances jusqu'à son dernier jour. C'était le type de l'académicien. Aussi ce corps savant réclama directement pour lui le grade d'officier de la Légion d'honneur, qui lui fut accordé comme la consécration de ses innombrables services. Il fut ainsi, pendant sa longue et verte vieillesse, le médecin le plus aimé, honoré et respecté de tous. Sa vie, d'une sobriété exemplaire, n'avait été qu'un travail continu. C'était un ennemi de l'alcool et du tabac. Allié et disciple de Royer-Collard, il en pratiquait la philosophie. Il est mort comme il avait vécu, en véritable sage et remettant son âme à Dieu!

Laveran, *Charles*, le véritable fondateur de l'enseignement de l'épidémiologie en France, a succombé au mois d'août, dans un âge avancé. Il était directeur du Val-de-Grâce et médecin-inspecteur des armées. Un fils lui succède.

Mc Dowell, *Benjamin Francis*, le jeune chirurgien irlandais que plusieurs travaux avaient distingué et dont l'avenir comme professeur se dessinait si brillamment, a été enlevé à la fleur de l'âge, par une affection hépatique, le 8 février,

à trente-huit ans. C'était, parmi la génération nouvelle, une des étoiles chirurgicales de première grandeur de Dublin. Son habileté opératoire et son excellent esprit le désignaient prochainement à des fonctions élevées, lorsque la mort est venue le surprendre.

Macrobin, *John*, le professeur émérite de l'Université d'Aberdeen, le doyen pendant de longues années de la Faculté de médecine et le représentant de l'Université d'Edimbourg au *Medical Council*, s'est doucement éteint à soixante-quinze ans, après trente-cinq ans de professorat. Absorbé par son enseignement, il n'a écrit qu'une *Introduction à l'étude de la médecine pratique*, qui est oubliée aujourd'hui.

Maunder, *Charles Frédéric*, l'habile et délicat opérateur du *London hospital*, traducteur des leçons de Ricord sur le chancre, a cessé de vivre, le 4 juillet, à quarante-sept ans. C'est une carrière brisée. La perte de son avoir dans la faillite des banques anglaises avait troublé son esprit, et un douloureux accident a mis fin subitement à ses jours.

Maunder était le propre fils légitime de son intelligence et de son travail. Il s'était distingué de bonne heure par son aptitude et sa prédilection pour les opérations délicates : la ligature des grosses artères et la kélotomie. Ses travaux et sa pratique en témoignent. Son manuel d'*Operative surgery* et la *Surgery of the arteries*, son article sur l'*Intestinal obstruction* dans le Dictionnaire de Cooper, son mémoire sur la *Perineal section of structure* en sont les preuves. Il fit quatre herniotomies en trente heures, et, dans son enthousiasme, il en eut la jaunisse. Son nom est associé spécialement à la résection du coude et à l'usage du ciseau dans l'ostéotomie. C'était un brillant opérateur.

Maury, *Frank*, chef de clinique du professeur Gross, a succombé le 4 juin, à trente-neuf ans, quinze jours après sa jeune femme, morte accidentellement pendant son absence. Pris immédiatement de congestion pulmonaire, il ne put survivre à cette perte inattendue. C'était un chirurgien de grand avenir, qui avait fait ses preuves à l'hôpital de Philadelphie et dans la clientèle, par des opérations les plus labo-

rieuses et délicates, comme professeur, et par sa collaboration active à la *Photographic Review of medecine and surgery*.

Murchison, *Charles*, l'éminent clinicien anglais dont le nom figurera parmi les plus célèbres, est mort subitement dans l'exercice même de son art. C'était le 23 avril. Il était dans son cabinet et venait de reconduire un consultant, lorsque, se remettant à son bureau pour tracer les caractères saillants de l'observation qu'il venait de faire, il succomba. Le domestique, introduisant un autre malade, le trouva mort. Une syncope, sinon une rupture déterminée par l'affection organique du cœur dont on le savait atteint, avait soudainement mis fin à la vie. Mort très douce physiquement, mais bien cruelle pour le moral, par tous les liens qu'elle brise sans le dernier adieu! Il n'était âgé que de quarante-neuf ans.

Dès sa jeunesse, Murchison s'était distingué dans ses études classiques en emportant tous les prix. Il excellait en botanique et voyagea beaucoup en Italie, en France, en Allemagne, où il se familiarisa avec les langues étrangères. Il passa ensuite trois années à Calcutta, comme professeur de chimie, puis s'attacha à l'armée. C'est là qu'il fit ses importantes observations sur le climat et les maladies de l'Inde.

La traduction annoncée l'année dernière de son *Traité de la fièvre typhoïde* et celle des *Maladies du foie* sont ses titres de gloire en France. Il en avait puisé les matériaux dans ses nombreuses observations et surtout à l'hôpital Saint-Thomas, dont il était devenu médecin et professeur. La souscription publique qui se couvre de signatures à Londres, pour élever un monument à sa mémoire, dit assez toute la gloire et l'honneur qu'il a fait rejaillir sur son nom et son pays.

Un buste à l'hôpital Saint-Thomas et une bourse mise alternativement au concours dans les Universités d'Edimbourg et de Londres, parmi les élèves de ces Universités, formeront ce monument commémoratif.

Piorry, *Pierre Adolphe*, le vulgarisateur de la plessimétrie, que l'exagération de ses principes a rendu plus célèbre que leur valeur intrinsèque, a terminé sa longue et laborieuse carrière le 29 mai, âgé de plus de quatre-vingt-

cinq ans. Il fut une des grandes figures de la brillante génération médicale française de 1830, qui révolutionna la médecine et lui donna l'impulsion scientifique dont elle jouit. Bouillaud et Piorry furent ainsi, après Broussais, les deux plus hardis et brillants systématisateurs de l'organicisme de l'école de Paris de cette époque glorieuse. Piorry surtout fut un organopathe outré, comme son *Traité de pathologie iatrique* en témoigne.

Deux périodes distinctes caractérisent la vie de cet homme remarquable, autant par son labeur, ses travaux, que par son excentricité. Celle de sa jeunesse, entièrement consacrée à l'observation patiente et exacte, produit ses travaux sur les maladies du sang, l'asphyxie par l'écume bronchique, la mort par l'inanition, et le *Traité de la percussion médiate* qui est comme le pendant de celui de l'auscultation de Laennec. Tous ces travaux sont couronnés par son élection à l'Académie et à la chaire de pathologie interne à la Faculté de médecine.

Ce fut sa pierre d'achoppement; ces honneurs le rendirent fou. En voulant dogmatiser, il le fit avec excès. L'emploi du plessimètre fut porté hors des limites du vrai et de la pratique, en vertu même de son organographie exagérée qui isolait les organes et les lui faisait percuter et interroger isolément. Il ne voyait dans les symptômes que les cris des organes souffrants, comme Broussais. Il voulut aussi y adapter le langage par une nomenclature nouvelle et s'engagea ainsi dans une voie sans issue, car il n'avait ni le génie, ni la puissance d'un réformateur. Un amour-propre excessif le lui fit croire, et, confiant dans ses succès antérieurs, il s'irrita de ne pas voir ses idées adoptées ni suivies sur ce nouveau terrain. Il s'opiniâtra à y rappeler l'attention publique, et celle-ci se lassa et l'abandonna. La nomenclature fut ainsi la monomanie de sa vieillesse, et ce fut peine à voir Piorry, dans les vingt-cinq dernières années de sa vie, réduit à faire son propre éloge et celui de ses travaux et tomber dans une véritable manie des grandeurs. Il ne sut pas vieillir et fit tout pour se survivre. Tous les actes de sa vie intime et ses dernières productions furent d'ailleurs marqués au coin d'un esprit infatué de lui-même. C'en était une espèce de folie, dans laquelle il s'éteignit.

Poggiale, le confrère si bienveillant et sympathique et qui, comme inspecteur général de la pharmacie militaire en France, la représenta si dignement et en défendit si vaillamment et énergiquement les droits et la dignité, a succombé à soixante et onze ans à peine. Ses travaux distingués en chimie lui donnèrent un avancement si rapide, qu'à cinquante ans, il avait presque obtenu tous les plus hauts grades : inspecteur général, membre du Conseil de santé de l'armée, membre de l'Académie de médecine, dont il remplit jusqu'à sa mort les fonctions de trésorier, commandeur de la Légion d'honneur, et tant d'autres, qu'il remplissait avec activité et une grande distinction.

Sales-Girons, *Jean*, rédacteur en chef de la *Revue médicale*, à laquelle il imprima son animisme convaincu, et médecin inspecteur des eaux de Pierrefonds, a succombé à une pneumonie asphyxiante, âgé de soixante-onze ans, dans les premiers jours de 1879. Il était, par ses convictions, son esprit fin et sa dialectique abstraite, l'un des rares et derniers représentants de ces médecins philosophes qui ont fait école à Montpellier, surtout avec Barthez et Lordat. L'anatomisme moderne avec le microscope et le positivisme actuel ont remplacé ces pures abstractions spiritualistes. Est-ce un bien, un progrès, devant les subtilités microscopiques de la cellule, du globule, des germes, des microbes, des atomes et les théories vagues qui en résultent aujourd'hui? Toujours est-il que la mémoire de cet esprit fin et ingénieux survivra plus parmi ses contemporains par sa découverte de la pulvérisation des eaux minérales, appliquée aux maladies des voies respiratoires, par sa méthode d'absorption directe et de diète de ces organes, que par tous ses autres travaux, notamment sa traduction en français de la *Somme* de saint Thomas. Il ne voulut rien sacrifier de son esprit léger, hyperbolique, à son époque, à son temps positif, et vécut ainsi dans les nuages avant de s'envoler au ciel.

Soelberg-Wells, le célèbre ophthalmologiste anglais, est mort à Cannes, le 2 décembre, où il était venu pour rétablir sa santé. Reçu docteur à Édimbourg en 1856 et d'origine allemande, il choisit l'ophthalmologie comme spécia-

lité, qu'il étudia dans la clinique de Græfe, dont il importa les doctrines, les méthodes et les procédés en Angleterre par son enseignement et ses ouvrages, notamment son *Traité des maladies de l'œil*, traduit en français à la librairie Germer Baillière. C'était un spécialiste digne et savant. Professeur et chirurgien au collége du Roi, il était aussi zélé à remplir ses devoirs qu'actif et bienveillant dans la clientèle, quoique indépendant par sa fortune.

Tardieu, *Ambroise*, le célèbre médecin légiste, le professeur incomparable par l'éclat autant que la solidité de ses leçons, l'écrivain aussi brillant, net et limpide que fécond, l'esprit le mieux doué sous un extérieur charmant, tout a disparu! Un ramollissement du cerveau a lentement affaibli, troublé, puis éteint toutes ces admirables facultés, à soixante ans à peine, et il ne reste plus de cet homme remarquable à tous les titres que le souvenir, car les travaux qu'il laisse, malgré leur valeur, sont loin d'équivaloir à l'abondance, la puissance des merveilleuses facultés dont il était doué. Quelle œuvre gigantesque n'eût-il pu accomplir si, comme il commença par sa thèse sur l'inoculation de la morve à l'homme, il les eût toujours consacrées au service de la science, quand Bichat, Laennec, morts plus jeunes, ont laissé une traînée si lumineuse et éclatante ; quand son contemporain Claude Bernard laisse au monde une succession si opulente. Devant ces grands esprits, ces génies qu'il pouvait égaler, s'il n'eût vainement dépensé son esprit dans le monde, Tardieu n'apparaît que comme un météore brillant, aussitôt évanoui.

Assis sur son char triomphal de la renommée, il mena tout de front, pendant un quart de siècle. Médecine pratique, hygiène, médecine légale, enseignement, administration, expertises, rapports, mémoires et ouvrages classiques. et originaux, il accomplissait tout avec aisance et *maestria*, sans négliger les plaisirs du monde ni les devoirs de société, où il brillait surtout. Interne, chef de clinique, puis médecin des hôpitaux, il arrive jusqu'à l'Hôtel-Dieu, où il brille un moment, avec la clientèle à la suite. D'agrégé à la Faculté de médecine, il en devient le professeur le plus suivi et le doyen, en s'y rendant célèbre par ses succès, ses réceptions autant que par ses défaites; secrétaire du Comité

d'hygiène publique, il en devient successivement membre et président, comme à l'Académie de médecine et à l'Association générale des médecins de France. C'était son rôle naturel de présider à tout, et il le remplissait si bien que l'on s'étonnait toujours de le voir descendre de ce siège et jamais d'y monter. Son esprit net, lucide et étendu saisissait et assimilait si bien toutes les questions, les sujets, que son opinion s'imposait à toutes les assemblées où il siégea. Il dirigea ainsi la médecine légale devant les tribunaux français, en lui donnant une nouvelle interprétation et des démonstrations plus précises et convaincantes. Aucune cause criminelle célèbre ne put être jugée que d'après son appréciation. 5,239 rapports en témoignent, sans compter ses études sur l'empoisonnement, sur les attentats aux mœurs, etc., etc. Son *Manuel de pathologie interne* et son *Dictionnaire d'hygiène* témoignent hautement de son talent d'exposition et de son esprit méthodique.

Appelé au Conseil municipal de Paris, il parut désigné pour être ministre. On le crut un moment, et l'on a dit qu'il avait cette ambition. Le fait est qu'il convenait bien à ce régime d'apparat, corrupteur et immoral de l'Empire, et méritait d'être associé à ses plaisirs, ses jouissances à outrance. Mais on voulut lui forcer la main, et il refusa d'aller jusqu'au bout.

Cette vie prodigieuse de travail et de plaisir, tout extérieure et d'apparat, ne laisse pas un exemple à imiter. Tardieu a beaucoup travaillé sans doute, mais peu relativement à sa merveilleuse facilité. Il ne laisse pas une œuvre mémorable, éternelle, comme il le devait, car c'est à ceux à qui il a été beaucoup donné qu'il sera beaucoup demandé.

Entraîné par ses goûts mondains, dont il avait tous les charmes, loin du calme et de la vie tranquille et réfléchie, nécessaire au savant pour méditer, approfondir, scruter les sujets qu'il traite, il voyait souvent légèrement, superficiellement et concluait trop vite. C'était un charmeur. Il sacrifiait tout au présent, rien à l'avenir. La forme éblouissante de ses travaux, de sa vie, de sa personne, en faisait négliger et méconnaître la valeur réelle. On était séduit, subjugué, sans être convaincu. Plusieurs de ses travaux, notamment l'action toxique de la coralline et la signification symptomatique des ecchymoses sous-pleurales, ont ainsi été annulés de son

vivant, et beaucoup d'autres ne seront pas ratifiés dans l'avenir. Il n'a rien édifié de profond ni de durable. De là le peu qu'il en restera et l'exagération des éloges accordés à ses travaux.

Trélat, *Ulysse*, aliéniste distingué et que son *Traité de la folie lucide* surtout a rendu célèbre, s'est éteint à quatre-vingt-quatre ans, les premiers jours de février. C'est de l'hospice de la Salpêtrière, dont il était médecin depuis de longues années et qu'il habitait, que sa dépouille a été conduite au cimetière par un grand nombre de notabilités républicaines. C'est en effet comme républicain que M. Trélat a figuré, en 1848, dans les fonctions élevées de commissaire général, de représentant et de ministre. Il était donc juste que la République honorât l'un de ses plus anciens, honorables et vaillants défenseurs.

Woodworth, *John Maynard*, inspecteur général des hôpitaux de la marine des États-Unis, a succombé à quarante-deux ans, dans toute la force et l'activité de son âge et la plénitude de son talent, à un érysipèle contracté dans ses fonctions. L'activité qu'il avait déployée dans la dernière épidémie de fièvre jaune et ses efforts pour en prévenir le retour rendent sa perte doublement sensible pour le service public.

A cette triste énumération des noms les plus illustres ou les plus méritants et que les œuvres, la célébrité qui s'y rattachent préservent de l'oubli, il y en aurait bien d'autres à ajouter, que la mort a déjà fait oublier. Tels sont ceux des obscurs martyrs de la profession, morts au champ d'honneur, victimes du devoir professionnel, comme ce jeune docteur Véret, qui contracta le croup en donnant ses soins de médecin du bureau de bienfaisance du quatorzième arrondissement. Il n'aura même pas, hélas! sa plaque de marbre, comme ceux qui succombent dans les hôpitaux, en l'honneur de son sacrifice. Combien d'autres chirurgiens militaires ont succombé dans ces guerres sauvages que l'Angleterre est allée faire dans l'Afghanistan et chez les Zoulous, pour étendre les limites de son vaste empire. Le choléra les a surtout décimés dans l'Inde. Dix ont ainsi

succombé dans l'Afghanistan, et la retraite de Jellabad a été pour eux comme une marche à la mort. Leur mortalité a été, par le danger de la contagion, proportionnellement plus considérable que parmi les officiers combattants. De là les plaintes amères de la presse médicale anglaise, sur la rareté des récompenses nationales accordées aux survivants, comparativement aux distinctions brillantes dont on comble les combattants.

Donnons donc un souvenir, une marque de regret à ceux qui, disparus, se sont distingués par leurs services, leurs travaux ou leurs bienfaits, et dont les noms nous sont parvenus, en les inscrivant ici :

Aitken Meigs, le célèbre professeur de physiologie au collége Jefferson de Philadelphie, mort le 9 novembre à cinquante ans seulement.

Batut, le méritant professeur de clinique chirurgicale de l'École de Toulouse.

Baudry, d'Evreux, président de l'Association médicale de l'Eure, et l'un de ses généreux bienfaiteurs, mort le 4 janvier, à soixante et onze ans.

Bertet (*de Cercoux*), qui par ses publications s'était acquis une très honorable notoriété parmi les médecins de province.

Billard, l'auteur du *Traité* tant cité *des maladies des nouveau-nés*.

Boudant, le professeur distingué de l'École de Clermont-Ferrand, et si recherché comme consultant au Mont-Dore.

Calvy, le savant médecin des hospices civils de Toulon, décédé le 13 juin.

Chenu, médecin principal de l'armée et qui, en cette qualité, devint le nécrologiste de l'armée de Crimée, mort aux Invalides le 16 novembre.

Choussy, *Louis*, qui a su découvrir la Bourboule pour en faire une des stations minérales les plus connues aujourd'hui du monde entier.

Davreux, le secrétaire général belge qui, par son activité et ses travaux, s'était déjà acquis une grande notoriété quand il est mort, à quarante-un ans.

Delaye, élève d'Esquirol et qui, comme aliéniste, acquit une si grande renommée dans le Midi, mort à Toulouse, à quatre-vingt-dix ans.

Deville, *Amédée*, le brillant prosecteur des hôpitaux de Paris, s'est éteint à l'asile d'Ivry, le 20 août, victime de l'arbitraire de Napoléon III et des rancunes de ses satellites.

Faivre, savant botaniste et, comme tel, doyen de la Faculté des sciences de Lyon.

Garcin, le jeune médecin des hôpitaux de Marseille, qui promettait tant par ses travaux, a été enlevé le 10 septembre, à trente-quatre ans.

Guérard, l'ancien interne et le collaborateur de Bazin dans la publication de ses leçons, a suivi de près son maître dans la tombe, à quarante-cinq ans environ.

Halléguen, président de l'Association locale du Finistère, à laquelle il se dévoua.

Harry Leach, le médecin sanitaire anglais, qui provoqua les plus importantes réformes dans la marine marchande pour l'extinction du scorbut et l'invasion des maladies contagieuses, mort le 30 novembre, à quarante-trois ans.

Van Holsbeck, publiciste distingué de Bruxelles.

Leared, *Arthur*, médecin irlandais, dont les travaux sur la digestion firent grand bruit à Londres, où il est mort, le 16 octobre, à cinquante-six ans.

Lecomte, médecin principal de l'armée et dont un funeste dissentiment a causé la fin malheureuse.

Lubelski père, ancien chirurgien-major de la Grande-Armée, décoré sur le champ de bataille de Leipzig, décédé à Varsovie le 15 février, à quatre-vingt-douze ans.

Maigrot, de Saint-Dizier, l'un des premiers vulgarisateurs de l'hydrothérapie et connu par ses heureuses applications.

Martenot, *de Cordoux*, médecin militaire distingué, dont le nom restera attaché à des travaux ingénieux et des découvertes utiles.

Mathis, le chirurgien de marine, victime de la fièvre jaune au Sénégal.

Molland, *Émile*, le jeune et méritant médecin de l'hôpital des Enfants Malades.

Morisson, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de Lille.

Mirault (*d'Angers*), le célèbre chirurgien dont le nom est attaché à plusieurs procédés opératoires, mort à quatre-vingt-douze ans.

Neubaüer, dont le travail sur l'analyse des urines est si connu, mort à Wiesbaden le 2 juin.

Orillard, maire de Poitiers et directeur de l'Ecole de médecine de cette ville.

Perrochaud, le fondateur méritant de l'hospice maritime de Berck-sur-Mer, mort à soixante-trois ans, d'une attaque de goutte.

Pinault, l'un des médecins les plus distingués de Châteauroux.

Pingaud, agrégé du Val-de-Grâce, dont les travaux annonçaient un brillant avenir, enlevé à trente-neuf ans, par un accès de fièvre pernicieuse, en Algérie.

Stilling, l'habile anatomiste et chirurgien de Cassel, plusieurs fois lauréat de l'Académie des sciences de Paris pour ses investigations et ses découvertes dans le système nerveux.

Vallet, l'ancien chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, associé à l'Académie de médecine dès sa fondation en 1818, décédé à quatre-vingt-cinq ans et demi, le 1er novembre.

NÉOPLASIES. *Etiologie.* Le rôle prédominant des Allemands sur les doctrines régnantes continue à se succéder des maîtres aux disciples. Cohnheim supplante son maître Virchow, comme Hœckel, toujours en précisant davantage et en allant plus loin. La migration des globules blancs du sang ou leucocytes, constatée par le premier dans l'inflammation, à travers les parois vasculaires, tend ainsi à devenir la base d'une nouvelle théorie des néoplasmes. L'irritation et la prolifération des corpuscules fixes ne seraient plus les phénomènes essentiels du processus phlegmasique, comme le prétendait le maître, mais la migration et la transformation des leucocytes exclusivement. Au lieu de la théorie de l'exsudation liquide organisable, émise par Hunter, ce seraient donc en réalité des éléments cellulaires auxquels reviendrait ce rôle actif dans la genèse de la néoplasie.

Billroth, Schede et Bizzozero avaient déjà formulé *à priori* cette doctrine, en se fondant logiquement sur la découverte de Cohnheim, mais sans pouvoir en démontrer la réalisation. Un jeune expérimentateur allemand, Ziégler, s'est chargé de ce soin par des expériences aussi simples que neuves. Il introduit dans le péritoine, dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans les interstices musculaires, des chambres capillaires constituées par l'accolement de deux plaques de verre, longues de 16 à 20 millimètres et larges de 8 à 12 et réunies par un mastic.

En renouvelant ce procédé fort simple et en en examinant les résultats aux différentes phases de l'expérience, du début au soixante-dixième jour, l'auteur constate que, dès le cinquième jour, la chambre capillaire contient, en même temps que des globules blancs, des éléments deux fois plus volumineux renfermant de gros noyaux, vésiculeux en apparence et ressemblant aux cellules épithéliales. D'où le nom d'épithélioïdes, représentant, suivant Ziégler, des globules blancs fusionnés. Sans avoir pu constater directement ce fusionnement, il se fonde pour l'admettre sur cette coïncidence observée par lui de la diminution graduelle de ces globules et de l'augmentation croissante du volume des cellules persistantes. C'est sur les transformations successives de ces éléments que Ziégler a édifié sa théorie nouvelle.

Elle est surtout rendue probable par ce fait que les leu-

cocytes sont doués d'une grande puissance d'absorption qui s'exerce physiologiquement sur toutes les particules qui sont en contact avec eux. Il n'est donc pas étonnant qu'ils s'absorbent réciproquement. La même propriété se retrouve dans les cellules épithélioïdes qui s'incorporent les substances qui les entourent, augmentent de volume et deviennent granuleuses ; il en est qui arrivent ainsi à se transformer en cellules géantes, où se retrouvent même des globules blancs intacts. Elles représentent donc les éléments formateurs des corpuscules fixes dans la genèse de la néoplasie. Pour lui donner naissance, elles s'allongent en fuseau, s'étendent en surface, se divisent et s'unissent entre elles, de manière à constituer un réseau. On les voit aussi se mettre en rapport, sur la limite du foyer, avec les parois des capillaires préexistants, par des prolongements qui se dilatent, se creusent et deviennent ainsi perméables au courant sanguin sous forme de capillaires. Plus loin, le contact s'établit avec des bourgeons émanés de la paroi vasculaire. Ces cellules contribuent donc aussi activement dans les deux cas à la vascularisation du néoplasme, de même que le font les cellules, d'après Brodowski. De là une nouvelle activité du processus par endosmose d'abord et ensuite par circulation.

Des corpuscules fixes, la genèse est ainsi reportée aux cellules migratrices qui leur donnent naissance par fusion. Au lieu d'une prolifération, ce serait une réduction, une métamorphose des éléments cellulaires.

Huguenin admet ce mode de formation des néo-membranes de la méningite hémorrhagique. Les globules blancs sortis des vaisseaux se transformeraient en cellules fusiformes, et il les a vues se modifier ainsi successivement, aux différentes périodes de la maladie, jusqu'à des cellules fixes. Et sans avoir pu suivre, comme Ziégler, leur évolution, il conclut, comme lui, qu'ils jouent le rôle essentiel dans la genèse des néo-membranes.

Mais on objecte déjà que les cellules géantes soient constituées par des globules blancs fusionnés. Weiss le nie formellement, ainsi que leur transformation en corpuscules fixes et en vaisseaux. D'ailleurs, dit Senfleben, l'inflammation est un processus essentiellement destructif, tandis que la régénération des tissus en est tout à fait indépendante.

Il faut donc attendre pour savoir à quoi s'en tenir. (*Revue mens.*, n° 12, 1878.)

NÉPHRITE. Remettant en question toutes les distinctions si laborieusement faites par les anatomo-pathologistes, le professeur Rosenstein, de Leyde, conclut que les lésions anatomiques des reins qui déterminent l'ensemble des symptomes cliniques de la maladie de Bright se rapportent toujours aussi bien au parenchyme qu'au tissu connectif rénal. Il n'y a ni néphrite exclusivement parenchymateuse ni exclusivement interstitielle. Se fondant sur l'expérience et l'observation clinique, il affirme que, dans toute inflammation diffuse des reins, les deux éléments histologiques sont affectés dès le début. Le produit final en est le rein blanc et le rein rouge granuleux, c'est-à-dire le rein atrophié. Ils diffèrent seulement en ce que, dans le premier, la lésion parenchymateuse est plus prononcée, et la lésion interstitielle dans le second. Cliniquement, on peut les distinguer l'un de l'autre par l'analyse des urines ; mais les symptômes de l'atrophie sont communs à tous les deux. Il est même vraisemblable que le rein blanc est précédé d'une période de tuméfaction, comme le rein rouge granuleux ou cirrhose primitive. La description de Bright, en se rapportant au rein blanc granuleux, montre qu'il y a deux stades dans cette modification, parfaitement distincts cliniquement et anatomiquement. (*Congrès intern. d'Amsterdam.*)

C'est donc la question revenue à son point de départ. L'esprit et la méthode d'analyse à outrance des anatomo-pathologistes d'outre-Rhin, imités par la jeune école histologique française, n'ont fait que l'embrouiller d'une manière inextricable ; c'est à la clinique de la rétablir sur ses bases véritables. C'est aussi la conclusion des études du professeur Semmola, de Naples, car, pour lui, la diminution progressive et considérable de la quantité d'urée formée dans l'organisme est le caractère distinctif de la maladie de Bright avec les autres albuminuries. C'est là le fait capital et fondamental résultant du défaut ou de la suppression des fonctions cutanées. Cette diminution de l'urée, dans les autres albuminuries, n'existe accidentellement que par des causes étrangères à l'albuminurie elle-même ; elle se rapporte à la maladie même, dont elle n'est qu'un symptôme.

L'exagération du point de vue anatomique a seule fait négliger ce point important et essentiel. (*Idem.*) V. ALBUMINURIE.

Lésions du glomérule. Les trois éléments dont il se compose : épithélium glomérulaire et capillaire, le capillaire même, sont tous susceptibles de prolifération, suivant M. Langhaus. Une quantité de cellules polyédriques s'observe ainsi très souvent dans l'inflammation de l'épithélium glomérulaire, dans une foule de catarrhes des muqueuses avec desquamation des couches superficielles. Le glomérule est plus compromis dans sa fonction, quand c'est l'épithélium capsulaire qui prolifère. Ces deux lésions existent simultanément, sans que l'on puisse distinguer leur rôle réciproque. Dans un cas de néphrite interstitielle classique, existait un symptôme curieux : l'urine était en même temps très abondante et très albumineuse. A l'autopsie, le rein ne se distinguait que par l'existence de la première altération. Dans un second cas, la néphrite capsulaire étant très avancée, la quantité d'urine était réduite à son maximum, 2 à 300 grammes. Comme on le voit, il serait imprudent d'émettre des conclusions; ce sont là cependant des données cliniques utiles à retenir. Traube avait déjà insisté sur le rôle prépondérant du glomérule dans la pathologie rénale; mais ces idées étaient tombées dans l'oubli, parce qu'elles ne s'appuyaient pas sur des faits anatomiques.

Quant au capillaire lui-même, ses altérations, très obscures et difficiles à découvrir, consistent essentiellement dans la prolifération des noyaux de la paroi... (*Virchow's Archiv.*, t. LXXVI).

Hémoptysie. Elle peut apparaître comme l'unique symptôme, sans que rien n'appelle l'attention clinique vers le rein, bien qu'il s'agisse de néphrite chronique, interstitielle. Deux nouveaux exemples en sont relatés par M. Dieulafoy chez un garçon de vingt ans et chez une femme de trente-huit ans. Ce n'est que plus d'une année après, alors que le crachement de sang s'était reproduit, que survinrent des bourdonnements d'oreilles, de l'œdème, l'amblyopie et tous les signes de la maladie de Bright. Elle peut donc être véritablement frustre, car elle n'apparaît

dans ces cas que par un mot, un signe de la phrase symptomatique.

L'hémorrhagie, de quelque manière qu'elle se manifeste, est souvent aussi un mot, un prodrôme de la néphrite chronique. Après les épistaxis qui en sont la plus fréquente, vient l'hémorrhagie cérébrale qui en est le symptôme 15 fois sur 100, d'après Grainger Stewart. Les hémorrhagies méningées, rétiniennes et intestinales, ne sont pas rares. Une hémorrhagie de l'oreille durait depuis huit jours chez une femme atteinte de néphrite interstitielle à l'hôpital de Ménilmontant.

Seulement ces hémorrhagies sont le plus souvent intercurrentes et apparaissent durant le cours de la néphrite. Celle du cerveau fait pourtant exception, car elle était la seule manifestation appréciable dans un cas de néphrite interstitielle, arrivée à sa période terminale et atrophique, observé par Bence Jones. Les hémorrhagies pulmonaires primitives sont les plus fréquentes et il n'y a pas lieu ainsi de les attribuer à une tuberculose latente sans en avoir recherché attentivement l'origine dans la néphrite. (*Gaz. hebdom.*, n° 5.)

Altérations du sang. Voy. SANG.

De la dyspnée nerveuse des néphrites, état des gaz du sang chez les urémiques, par le docteur Ortille (de Lille), lauréat, interne des hôpitaux. 1 vol. in-8°. Paris.

Pyélo-néphrite d'origine vésicale ou ascendante. Ce n'était pas assez que le diagnostic clinique et anatomique, histologique surtout, ait soulevé tant de difficultés et de contestations pour s'établir entre les néphrites idiopathiques et différencier la néphrite parenchymateuse ou albuminurique de la néphrite interstitielle sans albuminurie, le gros rein du petit rein contracté ; voilà que, à peine éclairci, on vient de nouveau compliquer ce diagnostic des lésions symptomatiques d'une pyélo-néphrite ascendante, qui vont encore l'embrouiller au lieu de l'éclaircir. Les altérations de la vessie résultant d'obstacles dans les voies d'excrétion, à son évacuation, soit *in situ*, soit au-dessus ou au-dessous, par des tumeurs, des calculs, se propagent par continuité de bas en

haut par la rétention même de l'urine altérée et vont en troubler, en modifier l'organe sécréteur. Une néphrite proliférative, interstitielle, est produite par cette accumulation mécanique de l'urine altérée, et l'on observe alors, dit Rayer, la néphrite et la pyélo-néphrite, l'hydro-néphrose. Le rein est transformé en une poche kystique, les uretères et les bassinets en un second réservoir de l'urine.

C'est cette néphrite d'origine vésicale ou symptomatique, appelée chirurgicale par les Anglais, à cause des opérations dont elle est parfois l'indication, que le docteur Garcin, qui vient d'être subitement ravi à la science, étudie et décrit à nouveau, surtout au point de vue anatomico-microscopique, pour en montrer le processus spécial et la distinguer de la néphrite interstitielle idiopathique, ou rein contracté, petit rein des Anglais, c'est-à-dire la néphrite sans albuminurie. Après un historique sommaire, cinq observations, recueillies à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Marseille, forment la base de cette longue étude. C'est dire qu'elle n'est pas tant faite sur le vivant que sur le cadavre et sous le champ du microscope, après la préparation spéciale des pièces anatomiques et l'action des réactifs pour mieux en distinguer et analyser les éléments histologiques, comme c'est l'usage aujourd'hui.

Sans entrer dans les détails infinis de l'analyse histologique qui constitue actuellement l'autopsie scientifique, il suffit de constater que l'inflammation débute par le bassinet et les calices dilatés, agrandis mécaniquement par l'urine, comme les uretères. Elle envahit primitivement le tissu conjonctif de la substance pyramidale, qui, sous forme de languettes, s'enfonce en ligne droite du centre à la périphérie vers la substance corticale, atteinte seulement en dernier lieu. En général, elle ne participe guère à l'inflammation rénale ; on ne la rencontre que très rarement altérée, adhérente au parenchyme, et le plus souvent son épaisseur est normale ou légèrement amincie, différence qui s'explique naturellement par la rareté du tissu conjonctif, si abondant au contraire dans la substance pyramidale que, par son extrême prolifération inflammatoire, il atteint et transforme les divers éléments constitutifs de l'organe, tubes et vaisseaux.

Les éléments sécréteurs de l'urine sont ainsi primitive-

ment atteints; les tubes sont comprimés, altérés dans leur forme et leur structure; l'épithélium est altéré ou détruit, et les artères participant à l'inflammation, les glomérules de Malpighi sont si profondément atteints qu'on n'y reconnaît plus le réseau vasculaire, et le tissu conjonctif finit par absorber et remplacer le tissu normal.

Tel est le caractère distinctif essentiel de cette néphrite ascendante, symptomatique, avec la néphrite diffuse primitive, qui évolue au contraire de la périphérie au centre, de la substance corticale vers la substance médullaire.

C'est ce que M. Heydenreich, agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, étudiant le même sujet sous le nom de *Rein chirurgical chronique*, résume en disant que l'altération anatomique est la même dans les deux cas, mais distribuée d'une façon différente et suivant une autre évolution. Au lieu de l'inégale répartition des lésions cause des granulations dans la néphrite interstitielle primitive, cette répartition est égale dans le rein chirurgical chronique, par les conditions spéciales qui président à la naissance du mal. Ici, l'évolution est centrifuge : l'altération débute par les pyramides et ne s'étend qu'ensuite à la substance corticale, tandis qu'elle est centripète dans le rein contracté, parce que la lésion marche au contraire de la substance corticale vers la substance médullaire. (*Revue de l'Est*, octobre, nº 19, page 587.)

Tout ce long travail est consacré à établir ces différents points, ensemble ou séparément, par le détail des autopsies, l'analyse de l'examen microscopique, et un résumé final, c'est-à-dire en se répétant à l'infini, suivant l'allure méridionale. Pour les corroborer et les confirmer, l'auteur invoque même les résultats des expériences de MM. Charcot et Gombault sur la ligature de l'uretère du cobaye, ainsi que la néphrotomie expérimentale du rein symétrique, exécutée récemment par le docteur Melchor Torrès et montrant qu'il peut être atteint d'une hypertrophie compensatrice, par suite du travail complémentaire qui lui est infligé. (*Des calculs du rein et de la néphrotomie*; thèse inaugurale. Paris, 1878.)

Mais, comme le remarque justement le jeune clinicien de Nancy, ces diverses expériences, pas plus que celles de MM. Rendu et Regnard, ne donnent lieu à une lésion rénale purement chronique; l'inflammation devient aiguë; l'obs-

tacle prolongé à l'écoulement de l'urine y suffit, sans qu'il y ait trace de suppuration dans la vessie. On peut même se demander, d'après les expériences, si l'urine est altérée dans sa composition.

Evidemment, chaque fois que la vessie sera le siège d'une inflammation suppurative, la néphrite en résultant tendra de même vers la suppuration et y évoluera presque fatalement. La décomposition ammoniacale de l'urine favorisera également le passage de la néphrite chronique à l'état aigu. Mais ces conditions ne sont pas plus indispensables à la suppuration du rein que la présence des vibrions et des bactéries admise par M. Lancereaux pour la *néphrite parasitaire*. La pression seule de l'urine sur le rein suffit à provoquer la formation d'abcès dans cet organe, dès qu'elle est assez forte et prolongée. (*Idem.*)

En dernière analyse et comme démonstration péremptoire que le tissu conjonctif est bien le siège primordial de l'irritation produite par la rétention, le contact de l'urine altérée et arrêtée dans son cours, le docteur Garcin a découvert, en employant des objectifs grossissants, un caractère microscopique irréfutable. C'est un grand espace ellipsoïde — une vacuole — divisé et subdivisé par les tubes et les canalicules urinifères, produit par la destruction des éléments normaux, et rempli d'éléments embryonnaires jeunes. Il attache d'autant plus d'importance et d'intérêt à cette grande découverte, qu'après une description longue et minutieuse, qu'un grossissement microscopique puissant peut seul enfanter, il y voit en miniature le prélude des grandes dilatations kystiques constatées à l'œil nu par l'autopsie macroscopique.

Et la preuve que cette lésion est bien le caractère primitif et spécial de la pyélo-néphrite ascendante, c'est son analogie, sa ressemblance, avec celle de la cirrhose vasculaire ou atrophique du foie, d'origine biliaire. Cette comparaison dans un organe de structure et de fonctions similaires est trouvée des plus concluantes. Et ce caractère est d'autant plus distinctif qu'il ne se rencontre pas dans la néphrite interstitielle vraie, idiopathique. Le diagnostic différentiel en est donc facile au microscope. Non seulement on ne trouve dans celle-ci aucune lésion primordiale des voies d'élimination de l'urine et l'on en constate souvent les causes dans le

cœur ou ailleurs, mais encore c'est principalement dans la région corticale que les lésions sont le plus avancées. Au contraire, les tubes et les vaisseaux intérieurs sont parfois intacts.

Le diagnostic anatomo-microscopique, objet principal de ce long mémoire en trois parties, est donc facile, d'après l'auteur; seulement, il faut attendre la mort du malade pour être certain que l'on a eu affaire à cette entité morbide spéciale, et l'on ne voit pas que le malade puisse en profiter. Le diagnostic clinique au contraire, quoique le plus important, est négligé, relégué à la fin et établi laconiquement en trois ou quatre pages. La pyélo-néphrite ascendante se développe soudainement; sa marche est lente, obscure pendant de longs mois et jusqu'à plusieurs années, marquée seulement par des troubles dans la sécrétion et l'excrétion de l'urine. Neutre ou alcaline, elle est graduellement faible en urée et en phosphates, tandis que c'est le contraire pour l'acide urique et ses sels. Des globules blancs et rouges s'y rencontrent avec des éléments épithéliaux. Des douleurs, partant de la vessie, s'irradient en haut ou en bas, et la palpation, la miction peuvent les augmenter. L'incontinence s'ensuit habituellement, mais sans appareil fébrile ni hydropisie, ni même amaigrissement. Une pyélonéphrite chronique peut ainsi exister sans symptôme physique ou rationnel. (*Archiv. de méd.*, mars, avril et mai.)

Les troubles digestifs sont surtout la conséquence des perversions de la sécrétion et de l'émission urinaire, comme de nombreux faits remarquables en ont été signalés récemment dans les cas de tumeurs de la prostate (V. *année* 1877). L'auteur n'en parle même pas, et c'est là cependant l'un des meilleurs signes pour rappeler l'attention sur la pyélo-néphrite ascendante et la prévenir par un traitement approprié de l'obstacle et de l'excrétion urinaire.

Il ne parle pas davantage de la polyurie qui se manifeste précisément dans ces affections chirurgicales qui font obstacle à l'excrétion de l'urine, comme les calculs, les rétrécissements, les tubercules de la vessie ou de la prostate, les hypertrophies de cette glande, dont le docteur N. Masson a fait le sujet de sa thèse inaugurale (*Paris*, 1878). Elle est ainsi produite, dans certains cas, par l'excitation directe du rein par propagation, de proche en proche, de l'excitation

vésicale résultant de la cystite chronique provoquée par la rétention de l'urine et la distension de la vessie. Il convenait donc au moins d'indiquer ce signe pour faire reconnaître la néphrite vésicale ou ascendante.

Preuves frappantes que ce n'est pas là un travail pratique. Nous le signalons comme un exemple de ce que la jeune école expérimentale et positiviste sacrifie ainsi la pratique à des spéculations scientifiques, sans application immédiate aux malades et susceptibles de n'en jamais avoir aucune.

Il ne sera donc pas superflu de relater en abrégé un exemple vraiment clinique de cette maladie, offrant le tableau exact de son mécanisme, observé sur un garçon de six ans, admis à l'hôpital des Enfants, le 28 août 1878, pour des troubles urinaires. Depuis une grave maladie qu'il a faite, il y a plus d'un an, il a éprouvé une difficulté croissante à uriner ; la miction, malgré les plus grands efforts, ne se faisait que goutte à goutte et très incomplètement. Il a eu des douleurs vives dans le ventre, dues sans doute à la distension de la vessie ; depuis quelques mois, perte d'appétit, amaigrissement.

Faciès amaigri, teint jaunâtre, peau sèche et flasque, habitus général chétif, sans rien au cœur, ni dans la poitrine. L'appétit est très inégal et diminué, la soif vive, langue jaunâtre, sans vomissement ni diarrhée.

Le ventre est gros, ballonné par la distension de la vessie, qui forme un globe arrondi et rénitent, de forme régulière, remontant jusqu'à l'ombilic. La pression détermine une envie extrême d'uriner, mais la miction volontaire est impossible; quelques gouttes s'échappent seulement de temps en temps par regorgement; une petite quantité d'urine est également rendue en allant à la selle, mais la vessie reste pleine.

Le cathétérisme, effectué avec une sonde métallique, sans obstacle ni difficulté notable, amène un demi-litre d'urine pâle, louche, légèrement lactescente, laissant déposer par le refroidissement une petite quantité de globules de pus. Le toucher rectal ne révèle aucune tuméfaction prostatique, et l'extrémité de la sonde est nettement sentie à travers le bas-fond de la vessie, sans interposition d'aucun corps anormal.

Un soulagement notable suit cette évacuation, et l'enfant

ne se plaint plus que de quelques douleurs de reins. On ne constate aucun autre trouble fonctionnel que la rétention d'urine, sans aucun désordre de la locomotion.

Pendant un mois, l'état se modifie peu, et la rétention persiste avec les mêmes caractères et nécessite toujours le cathétérisme deux fois par jour. L'urine s'écoule d'abord avec force, puis la vessie devient inerte et ne peut être entièrement vidée que par des pressions réitérées sur l'hypogastre.

La quantité est normale, un litre environ par jour, avec les mêmes caractères que la première fois. L'odeur en est faible, nullement ammoniacale. Les forces se maintiennent, et l'enfant se lève tous les jours, sans fièvre, ni aucun trouble des organes thoraciques; mais l'appétit diminue progressivement.

Le 24 septembre, après une promenade dans le jardin, l'enfant est pris d'un frisson intense suivi de fièvre, avec 40°, 3 de température, céphalalgie et douleurs de reins. Le cathétérisme est plus douloureux que d'habitude; il y a de la sensibilité dans le ventre et la région lombaire.

La fièvre continue, malgré le sulfate de quinine, avec rémissions matinales, sans nouveaux frissons, diarrhée, affaiblissement progressif. La rétention d'urine persiste. Le cathétérisme devient de plus en plus douloureux, surtout dans la région prostatique. Les urines ne changent pas, si ce n'est qu'elles deviennent sanguinolentes peu de jours avant la mort, qui arrive dans le coma, le 24 octobre, un mois après le début de la cystite.

Aucune lésion dans les organes à l'autopsie, si ce n'est ceux de l'appareil génito-urinaire. On est frappé tout d'abord du volume considérable des deux reins, égaux à ceux des adultes et débordant de chaque côté de la colonne vertébrale. Les uretères, dilatés, flexueux, contournés sur eux-mêmes, atteignent le volume de l'intestin grêle et constituent de véritables circonvolutions avant d'arriver à la vessie globuleuse et remontant jusqu'à l'ombilic.

Le rein gauche est le plus volumineux; la capsule fibreuse est épaisse, et le bassinet, les calices, considérablement dilatés, ont comprimé les pyramides, élargies et affaissées. A l'œil nu, le parenchyme rénal paraît sain, sauf une teinte grisâtre, purulente en quelques points, où le microscope montre

un état catarrhal des parois des tubuli, avec de petits abcès intra-canaliculaires. Prolifération considérable du tissu conjonctif du rein. Le bassinet, dilaté, offre une surface lisse et blanche, sans aucune trace de pyélite. Il s'ouvre par un étranglement fort étroit dans l'uretère correspondant, qui présente des sinuosités nombreuses, de véritables circonvolutions avec dilatations et rétrécissements successifs, tellement qu'il est fort difficile d'en parcourir le trajet avec la sonde cannelée. Plus bas, il devient à peu près rectiligne avec un diamètre de 2 centimètres environ, et va s'ouvrir au bas-fond de la vessie par un orifice oblique très étroit, qui, malgré la dilatation supérieure, a conservé à peu près sa forme et son diamètre ordinaire.

Le rein droit, moins volumineux, reproduit à peu près les mêmes lésions que le gauche; mais son tissu est plus atrophié; les papilles sont pâles, affaissées; les pyramides ont une consistance scléreuse; l'uretère est encore plus dilaté, mais plus régulièrement que son congénère jusqu'à son orifice vésical, qui admet facilement le petit doigt.

Les parois de la vessie sont épaisses et considérablement hypertrophiées; la muqueuse, inégale, ecchymosée par places, offre les lésions du catarrhe chronique; la musculeuse, très développée, dessine des colonnes charnues dirigées transversalement. Au microscope, les faisceaux charnus sont augmentés de volume, enveloppés de travées épaisses de tissu conjonctif qui les étouffent en beaucoup de points. Le trigône vésical est déformé par la dilatation considérable de l'uretère droit. On remarque même, à sa partie antérieure et un peu à droite, un soulèvement de la muqueuse, dû au passage, à ce niveau, d'un conduit anormal qui, partant du corps de Wolff, aboutit à l'utricule prostatique. C'est le corps du délit qui, par son origine congénitale, a causé tous les désordres précédents et dont il reste à dire un mot.

C'était la persistance du conduit embryogénique de Muller, qui, loin de s'atrophier de ce côté comme de l'autre, formait un canal cylindrique semblable à l'uretère droit, quoique plus rectiligne et se confondant presque avec lui. Incisé, il était rempli d'un liquide blanchâtre, comme l'urine purulente des uretères, mais plus lactescent et plus concentré. Son extrémité supérieure, formée en cul-de-sac, sans com-

muniquer avec le rein, naissait d'un petit groupe de kystes transparents, au niveau de la capsule surrénale. Après avoir suivi l'uretère, il s'engageait par son extrémité inférieure sous la vessie, passait entre la musculeuse et la muqueuse, qu'il soulevait, pour s'ouvrir dans l'utricule prostatique par un orifice admettant un stylet de gros calibre.

Ainsi soulevée, la muqueuse formait une sorte de valvule pouvant très bien s'appliquer sur l'orifice du col vésical et en oblitérer plus ou moins complètement la lumière. De là l'origine de la rétention, de tous les désordres, les accidents et les lésions si bien relatés de cette néphrite ascendante mortelle. (*Journ. de l'anat. et la physiologie*, nº 2.)

NÉPHROTOMIE. Après les quelques succès de cette opération en Allemagne, voici qu'elle est proposée comme une règle dans le cas de reins mobiles ou flottants, car il résulte, de onze observations recueillies par le docteur Keppler, que c'est là, contre l'opinion générale, une cause presque constante d'accidents graves pouvant amener parfois la mort, comme une observation en est la preuve. Aussi sa conclusion thérapeutique est que « tout rein flottant, après un retentissement fâcheux sur la santé générale, doit être extirpé. » Pratiquée dans deux cas, cette opération amena la disparition de tous les accidents. C'est donc une imitation de l'*ovariotomie normale* contre les troubles menstruels.

L'analogie est d'autant plus frappante que le rein flottant détermine ordinairement ces accidents, et c'est en effet surtout en raison des troubles menstruels que l'excision en a été pratiquée. La première femme, âgée de quarante-neuf ans, avait toujours été mal réglée avec de vives douleurs de reins à chaque époque. Accouchement à quarante ans; puis les accidents augmentèrent tellement ensuite qu'elle était impropre à tout travail et même dans l'impossibilité de marcher, quoique l'urine et la miction fussent normales.

On sentait le rein mobile au milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure du côté droit, reconnaissable à son bord convexe en dehors et en avant, avec perception sensible de l'artère rénale. Aucune dépression ni différence à la percussion, sauf un léger tympanisme.

Le 24 mars 1878, une incision médiane de 10 centimètres est faite de l'ombilic à la symphyse; le rein, déplacé, contenu dans un repli du péritoine, est attiré au dehors, et, son enveloppe étant incisée le long du bord convexe, il est saisi avec une pince de Museux, énucléé jusqu'au hile, et le pédicule, lié en masse, est divisé, sans qu'une seule goutte de sang s'en écoule. Lavage avec la solution phéniquée, puis suture des deux incisions et pansement de Lister. L'opération avait duré trente-six minutes. Malgré quelques complications, la guérison était complète le 27 mai, sauf un peu d'albumine dans l'urine, qui disparut six semaines après.

La seconde opérée est une nullipare de trente ans, ayant toujours eu une menstruation régulière, mais douloureuse. A la suite d'une chute sur le siège, il y eut douleur vive de la région lombaire et constipation opiniâtre. Avec la sensation d'un corps dur, mobile dans le ventre, les douleurs lombaires devinrent intolérables, surtout lors des règles. Les mouvements de va-et-vient imprimés au corps amènent au contact de la paroi abdominale, à droite de la ligne blanche et un peu au-dessous de l'ombilic, une tumeur réniforme, douloureuse à la palpation. Elle fuit au moindre choc et ne donne aucun résultat à la percussion.

A l'ouverture de l'abdomen, pratiquée comme la précédente, le 25 août 1878, le rein était disparu, et ce n'est que par les secousses habituelles du corps qu'il reparut au niveau de la plaie. L'opération avait duré cinquante minutes, anesthésie comprise. Dès le 10 septembre suivant, l'opérée quittait la clinique sans aucune douleur de l'abdomen par la palpation. Ces deux faits pourront servir d'exemple. (*Archiv. de Langenbeck* et *Archiv. de méd.* juillet.)

NERFS. *Sutures.* Les succès de cette opération étant définitivement établis, il reste à fixer les délais et les conditions requises pour son exécution. Un ferblantier de cinquante-trois ans fut atteint au coude par la chute d'une ardoise. Une plaie en résulta, qui se cicatrisa lentement, tout en restant très douloureuse. L'avant-bras et le bras s'atrophièrent; la santé s'altéra, et cette blessure ne permit plus à l'ouvrier de se livrer à son travail. Entré à l'hôpital quinze semaines après son accident, il présentait toutes les parties innervées par le nerf cubital froides et engour-

dies et la cicatrice excessivement sensible. M. Hulke le chloroformisa et appliqua la bande d'Esmarch. Le nerf, mis à nu au coude, fut trouvé entièrement divisé, et les deux extrémités largement séparées. Le bout supérieur était bulbeux et déplacé de son trajet par la cicatrice; l'inférieur était ridé, et des particules d'ardoise s'y trouvaient imbriquées. Les deux bouts furent excisés et séparés alors par un intervalle de trois quarts de pouce. Pour les rapprocher, le bout supérieur fut attiré en bas et réuni à l'inférieur par quatre sutures avec des fils de soie passés à travers leur épaisseur. Le contact immédiat fut impossible, et la plaie fut traitée antiseptiquement.

La douleur névralgique cessa immédiatement et ne reparut plus. La sensibilité revint un mois après et augmenta graduellement, si bien que l'annulaire correspondant regagna ses mouvements et sa sensibilité, perdus depuis la blessure.

Six semaines après, l'opéré retournait à son travail.

Dans un cas semblable, M. Savory a fait tout récemment la suture du cubital avec le fil de catgut. Mais ce qui montre mieux la puissance de la chirurgie à cet égard est le succès obtenu par M. Wheelhouse sur le nerf sciatique. C'est deux ans après la blessure que le malade entra à l'infirmerie de Leeds, pour être amputé de son membre, complètement paralysé, qui était pour lui un véritable embarras. L'écartement des deux bouts du nerf divisé était de deux pouces, et néanmoins sa fonction se rétablit parfaitement.

Des expériences physiologiques ont montré, dit M. Althaus, que si les deux bouts d'un nerf divisé sont rapprochés à un quart de pouce d'intervalle, il y a réunion parfaite; au delà, elle est seulement fibreuse. La division simple, sans excision chirurgicale, se réunit en sept à dix jours, mais elle est retardée de deux à quatre semaines lorsqu'il y a excision. (*Clin. Society*, mai.)

NÉVRALGIES. Tic douloureux. *Sulfate de cuivre ammoniacal.* Renouvelé par M. Féréol, l'emploi ancien de ce médicament lui a donné des succès remarquables, après l'échec des autres médications, anciennes et nouvelles, la névrotomie exceptée, dont il ne parle pas. Quatre observations, des plus graves, en sont relatées par lui comme

spécimen, chez une femme et trois hommes de différents âges. La dose est de 10 à 15 centigrammes par jour, qu'il emploie sous la forme suivante :

℞ Eau distillée........................	100 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger ou de menthe.	30
Sulfate de cuivre ammoniacal.........	10 à 15 centigr.

Mêlez.

A donner par fractions, surtout au moment des repas, afin de moins irriter l'estomac. (*Acad. de méd.* avril.)

Résection du ganglion de Meckel. La névrotomie de la branche supérieure du trijumeau est assez fréquemment pratiquée aux Etats-Unis contre le tic douloureux. Vingt-une observations en sont rapportées par le docteur Dennis, démonstrateur d'anatomie au collège de Bellevue, dont plus de la moitié appartiennent à des chirurgiens américains, quatre notamment par le docteur Wood, de New-York, qui a excisé en même temps le ganglion sphéno-palatin ou de Meckel. L'auteur en fait la condition d'une guérison radicale et justifie cette opinion par la récidive de la douleur après la névrotomie simple. (*New-York med. journ.*, juin.)

Névralgie faciale aiguë. *Salicylate de soude.* Dans trois cas d'accès très douloureux chez des femmes nerveuses, le docteur Abbot administra 50 centigrammes de salicylate de soude, prescrivant de renouveler cette dose toutes les deux à trois heures, jusqu'à cessation de la douleur. Il suffit d'une ou deux doses pour que, après des nausées, le sommeil survînt et la douleur disparût. Plusieurs cas de sciatique aiguë chez des rhumatisants ayant cédé de même, l'auteur croit avoir trouvé dans ce sel un moyen aussi efficace contre les névralgies aiguës que contre le rhumatisme. Son action analgésiante serait ainsi confirmée. (*Boston med. and surg. journ.*, juillet, n° 3.)

Aconitine et quinine. Dans les cas à point sub-orbitaire prédominant, avec périodicité franche, l'aconitine seule ne réussissant pas, comme dans la névralgie faciale protopa-

thique, le docteur Laborde l'associe au sulfate de quinine sous la formule suivante :

℞ Sulfate de quinine......................	20 centigr.
Azotate d'aconitine cristallisée (Duquesnel).	1/4 de milligramme.
Poudre de quina........................	Q. S.
Pour une pilule.	

Donner de quatre à cinq pilules semblables dans les vingt ou vingt-quatre heures, en ayant soin de mettre au moins un intervalle de quatre heures entre l'administration de chaque pilule. (*Tribune méd.*)

Névralgie intercostale. *Etirement des nerfs.* Les diverses médications employées contre cette névralgie depuis vingt ans, y compris les injections de morphine, n'avaient pu en apaiser les violentes douleurs. Leur paroxysme étant entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde, Nusbaum jugea que les branches terminales des huitième, neuvième et dixième paires devaient en être le siège. Il proposa leur étirement et, sur l'assentiment du malade, pratiqua, pendant l'anesthésie et avec les précautions antiseptiques, une incision verticale de 8 centimètres du côté gauche, à un travers de main en dehors du bord des muscles droits, en allant presque jusqu'au-devant du péritoine. Les nerfs, mis ainsi à découvert, furent saisis séparément avec le pouce et l'index et étirés avec force. Le péritoine fut même ouvert à droite et suturé avec le catgut, en renouvelant l'incision. La réunion immédiate et le pansement antiseptique suivirent, et, vingt-cinq jours après, l'opéré sortait de l'hôpital ne souffrant plus. (*Aerztl. Intelligentblatt*, 1878.)

NÉVRITES. *Contribution à l'histoire des névrites*, par le docteur Gros. Revendication en faveur des paralysies d'origine périphérique et dont l'atrophie musculaire, tout nouvellement constatée, serait le meilleur signe, quand la durée du mal lui permet de se produire. Elle n'existe pas ainsi le plus souvent dans la paralysie ascendante aiguë. Deux autres formes, subaigüe durant de six mois à un an, et chronique, se prolongeant jusqu'à cinq ans, la donnent presque inévitablement. Ce n'est donc pas là un symptôme,

une lésion, qui permette de fonder une classification. Les éruptions cutanées ne sont pas plus constantes. Il faut encore s'en tenir aux diverses espèces de névrites distinguées par les auteurs, au lieu de les ranger sous le titre univoque de *névrites disséminées*, proposé par l'auteur.

Névrite rhumatismale ou syphilitique. *Action de l'iodure de potassium.* A un an d'intervalle, en décembre 1877 et octobre 1878, deux charpentiers entraient à l'hôpital national des paralysés de Londres avec des souffrances et dans un état extérieur à peu près uniformes, quoique l'origine du mal fût probablement très différente, et qui ont été guéris par le même moyen. Une question importante de diagnostic différentiel s'en dégage donc que le docteur Thomas Buzzard, médecin de cet établissement, a élucidée dans une de ces leçons aussi instructives que simples, claires et précises, dont il a le secret.

Le premier a trente-un ans, l'aspect hagard et cachectique et marche très difficilement, en se plaignant d'une vive douleur continue, s'étendant du trochanter du membre inférieur droit, le long du derrière de la cuisse, jusqu'au jarret et de là jusqu'au milieu de la jambe. Un point douloureux existe à la sortie du nerf sciatique et dans l'espace poplité. Le membre amaigri mesure un demi-pouce de moins de circonférence que le gauche, et le malade dit avoir perdu environ 8 kilogrammes de son poids, depuis le début de sa maladie, remontant à dix-huit mois.

Atteint d'une diarrhée intense après avoir été mouillé à la campagne, il en fut très affaibli et pris bientôt d'une douleur derrière la hanche, sans qu'elle l'ait quitté depuis ni jour ni nuit. Entré à l'hôpital, il reçut des injections de morphine matin et soir pour le soulager; mais, après trois mois de séjour, il en sortit pire.

La douleur est surtout intense au milieu de la nuit; il en est comme fou et a pensé plusieurs fois au suicide. Il ne peut goûter une heure de sommeil, ni s'asseoir, ni marcher, sans souffrir davantage. La jambe est devenue si faible qu'il ne peut s'appuyer dessus et est ainsi incapable de travailler.

Par un examen des parties douloureuses et une palpation profonde, on constate, à la partie antérieure du fémur corres-

pondant au niveau de l'insertion du long abducteur, un gonflement dur, indolore, immobile et adhérent à l'os, mesurant 3 à 4 pouces de long sur 1 pouce 1/2 de diamètre. Rien de semblable ne se rencontre ailleurs.

Le malade avouant avoir eu un bubon qui fut ouvert, quinze ans auparavant, sans trace de chancre, d'éruption cutanée, de mal de gorge ni d'yeux, le diagnostic fut : nodus syphilitique du périoste ou cancer de l'os. L'iodure de potassium fut prescrit à la dose de 2 grammes environ par jour en trois fois. En une semaine, la douleur avait tellement diminué que le malade dormait bien, et après cinq semaines de traitement, il était complètement guéri. Le gonflement avait disparu ainsi que la douleur; le membre avait repris son volume normal, et, après un an, cet ouvrier put se représenter, accusant une aussi bonne santé qu'avant sa maladie.

C'était donc là évidemment une sciatique syphilitique, dont l'action rapide et complète du traitement spécifique démontrait l'essence. Mais le second fait est venu diminuer la valeur de cette preuve, et, en se rappelant que la sciatique et le nodus étaient survenus sous l'influence de l'humidité, l'auteur se demande si ce n'était pas là une simple sciatique rhumatismale, sur laquelle l'iodure de potassium a une influence incontestable, sinon spécifique, comme le démontre l'observation suivante.

Samuel a soixante-deux ans, et, après avoir travaillé très fort pendant les deux à trois années précédentes, il fut obligé de se mettre au lit pour une violente douleur sacrolombaire et derrière la hanche, il y a deux mois. En trois jours, il avait perdu l'usage de la jambe droite, avec des douleurs croissantes, comme si l'on déchirait ses nerfs, dans la hanche droite et la partie externe de la cuisse. La jambe gauche s'étant prise de nouveau, il est apporté à l'hôpital et porté à son lit sur un fauteuil. Il ne peut lever le pied droit du sol, et la moindre pression sur le genou gauche empêche aussi le mouvement de celle-ci.

L'examen décèle une douleur aiguë à la percussion des deuxième et troisième vertèbres lombaires, et une grande sensibilité au-dessus et au-dessous, y compris le sacrum. Sur toutes ces parties, la sensibilité au froid est très exagérée. La cuisse droite est amaigrie et mesure trois quarts de

pouce moins que la gauche; la sensibilité cutanée est émoussée. Le phénomène réflexe du genou est peu prononcé, sans clonus du pied.

Dès que l'usage de l'iodure de potassium fut commencé, à la même dose que dans le cas précédent, les douleurs cessèrent dans la cuisse droite au quatrième jour, et la motilité ne tarda pas à augmenter. En quinze jours, il pouvait se soutenir sur la jambe droite, et la gauche devint plus forte. La nutrition des muscles s'améliora sensiblement. Une douleur dans le côté interne du genou droit seule persistait en marchant ; un vésicatoire la fit disparaître. Enfin, après six semaines de traitement, cet homme sortit guéri, se sentant aussi bien qu'autrefois et capable de faire un *mille* à pied. La percussion des vertèbres lombaires n'est plus douloureuse, et, quoique ressentant encore quelques douleurs dans les membres, la faradisation, qui ne pouvait être supportée dans la cuisse droite, l'est actuellement mieux que par le passé.

La similitude symptomatique de ces deux cas est donc frappante. Une douleur aiguë, avec perte du mouvement et atrophie du membre inférieur droit, survient après un refroidissement, et les deux malades, ayant également maigri, ont guéri par le même remède. La maladie avait le même siège dans les deux cas. C'était une périnévrite du sciatique. Mais n'était-elle pas d'origine différente? Manifestement syphilitique chez le premier malade, aucun symptôme ne dénotait cette origine chez le second. Si donc il est facile d'expliquer la prompte et complète guérison par l'action spécifique de l'iodure de potassium dans le premier cas, il n'en est pas de même dans le second, quoique ce médicament ait une action manifeste sur le rhumatisme chronique. L'auteur trouve ainsi une preuve de cette étiologie, en ce que ce malade a été moins profondément impressionné par l'influence du médicament que le premier et ne s'est pas rétabli aussi parfaitement. (*Lancet*, n° 9, mars.)

NOEVUS. *Avantages de l'électro-puncture.* Le professeur Monnoyer, qui le premier en 1863 proposa l'emploi de ce moyen, en montre les avantages par de nouvelles observations. Il en résulte que l'électrolyse, mise récemment à l'ordre du jour en France contre les anévrysmes, n'agit pas

sur ces petits angiomes par cautérisation, comme on le croyait généralement, mais par coagulation directe du sang et astriction des vaisseaux capillaires. Comme M. Dujardin-Beaumetz, l'auteur borne l'effet électrolytique au pôle positif, qui coagule directement le sang et produit l'astriction des tissus sans mélange de cautérisation. Ce procédé offre sur tous les coagulants administrés par injection la même supériorité que la galvano-caustique chimique sur le cautère actuel. Il ne laisse aucune cicatrice et est ainsi d'un grand avantage sur les tumeurs érectiles de la face, notamment près des yeux. Aucune hémorrhagie ni embolie n'est à craindre, et, si ce n'était la nécessité de séances répétées et espacées pour éviter des dangers et obtenir la guérison complète de ces soi-disant envies ou taches de vin, ce serait le *nec plus ultra* de tous les nombreux moyens et procédés employés à cet effet. (*Revue méd. de l'Est*, nos 2, 3 et 5.)

Scarifications. Préconisées par M. B. Squire en Angleterre, elles ne sont applicables, d'après l'expérience qui en a été faite à l'hôpital Saint-Louis, qu'aux angiomes simples, étendus, plats, sans saillies, ni végétations, ni pédicule. Les sujets pâles, faibles, chlorotiques, anémiques, ne peuvent les supporter. C'est donc là une méthode exceptionnelle.

Des instruments spéciaux sont aussi nécessaires. C'est un scarificateur à seize lames parallèles, imaginé par l'inventeur. On peut se servir du couteau à cataracte. Une aiguille droite, montée sur un manche et se terminant par un losange à bords coupants, a été aussi inventée par le docteur Vidal.

C'est là un traitement long, minutieux et douloureux. Il faut renouveler les séances tous les cinq ou six jours en opérant partiellement. L'anesthésie locale, avec la glace ou la pulvérisation d'éther, est nécessaire chez la plupart des enfants. L'hémorrhagie peut être abondante, malgré l'eau froide et le papier buvard. Cette méthode n'est donc pas à recommander.

Ethylate de sodium. Préparé et employé par le docteur Richardson en 1871, ce sel, encore mal défini et d'une composition instable, a été récemment employé en applica-

tions externes sur deux nævi par le docteur Brunton. L'un siégeait sur la joue et avait résisté à l'usage de la ligature avec aiguilles. D'une petite tache rouge à la naissance, il avait acquis le diamètre d'une couronne à sept ans. L'autre, siégeant sur la fontanelle antérieure, avait le diamètre d'un shilling. Ces deux nævi guérirent en ne laissant que des cicatrices peu apparentes, car, d'après l'auteur lui-même, l'éthylate de soude, en se décomposant au contact de l'eau des tissus, paraît agir à la fois comme caustique et coagulant par la proportion d'alcool qu'il contient.

Ce serait donc une simplification importante du traitement des nævi, si ces résultats étaient confirmés par des observations ultérieures. (*Soc. méd. de Londres*, octobre 1878, et *Bull. de thérap.*, février.) V. CAUSTIQUES.

O

OPÉRATION CÉSARIENNE. *Ablation de l'utérus et des ovaires.* Un nouvel avenir paraît s'ouvrir pour cette redoutable opération, depuis l'initiative hardie du professeur E. Porro, de Pavie. Après avoir ouvert l'utérus et extrait l'enfant vivant, il réséqua complètement cet organe et ses annexes, afin de supprimer l'hémorrhagie en provenant et qui cause la mort de la plupart des femmes. C'était là un coup de maître, d'autant plus grand que, loin d'être imprévu, hasardé ou commandé par la nécessité, il était parfaitement réfléchi et raisonné. Il se rappelait les expériences faites à ce sujet en Italie, il y a environ un siècle, par Cavalli, qui enlevait la matrice à deux animaux en état de gestation. Mettant à profit celles de Jeser, faites en 1862, sur quatre chiennes également en état de gestation et dont deux guérirent, il avait conçu son plan, en se fondant sur la pratique et les succès journaliers de l'ovariotomie, et les cas d'extirpation de l'utérus non gravide par M. Péan. En présence de l'hémorrhagie incoercible qui se manifestait sur son opérée, le 21 mai 1876, et qui mettait sa vie en si grave danger immédiat, il n'hésita pas ainsi à appliquer une ligature près du col pour y mettre fin et réséqua tout ce qui était placé au-dessus. La femme fut sauvée, et un grand progrès chirurgical était dès lors réalisé.

Les indications rationnelles et précises de ce nouveau procédé *radical* ne tardèrent pas à le faire connaître partout. Il fut ainsi renouvelé en Italie, en Autriche, en Suisse, en Belgique, et quinze cas en étaient connus dès la fin de 1878, dont cinq guérisons acquises, soit le tiers.

Comparés aux résultats du procédé ordinaire, ceux-ci constituaient une véritable révolution, surtout pour les grandes capitales, où cette opération était presque constamment fatale pour la mère. Pas un succès ne s'était ainsi réalisé dans les hôpitaux de Paris depuis un siècle, et un seul existait à la Charité de Lyon sur 25 opérations pratiquées de 1841 à 1878. Un deuxième succès a eu lieu à Naples, en 1876, sur 27 opérations. La statistique du docteur Villeneuve, de Marseille, donnant 21 succès sur 26 opérés, faisait seule exception. (V. Introduction, 1878.)

De là l'utilité de faire connaître ce procédé en ce qu'il a de nouveau. Après avoir incisé l'utérus comme à l'ordinaire et extrait l'enfant et le placenta avec un peu plus de rapidité, on amène l'utérus et ses annexes au dehors, en pinçant une des lèvres de la plaie, et l'on place la chaîne de l'écraseur à peu près au niveau de l'orifice interne du col. On serre ensuite jusqu'à ce que les lèvres de la plaie utérine ne laissent plus suinter la moindre goutte de sang. On résèque immédiatement avec un grand bistouri toutes les parties placées au-dessus, à 2 centimètres environ de la chaîne, ce qui constitue un moignon en forme de rosace à l'angle inférieur de la plaie abdominale. Une grande aiguille droite la traverse au niveau de la chaîne et le fixe au dehors, comme le pédicule des kystes de l'ovaire par le clamp. La tige de l'écraseur est enlevée, après avoir serré et fixé la chaîne par un coulant. Un tube à drainage est fixé dans le cul-de-sac de Douglas, et, après avoir nettoyé le péritoine, on réunit la plaie abdominale par des points de suture métallique enchevillée. La surface externe du moignon est cautérisée avec une solution de chlorure de zinc au huitième, puis on l'enveloppe de ouate, ainsi que la chaîne et l'aiguille, que l'on recouvre de linges phéniqués. Des sacs en caoutchouc remplis de glace sont placés sur l'abdomen.

On comprend que des modifications, des changements aient été apportés, suivant les cas et les accidents qui se sont présentés. L'hémorrhagie immédiate, résultant de l'incision

de l'utérus dans la cavité abdominale préalablement à sa ligature, comme dans l'ancien procédé, a fait ainsi imaginer un perfectionnement au professeur Müller, de Berne. Estimant que l'on ne prévient ainsi que les hémorrhagies consécutives, sans empêcher le sang et le liquide amniotique de s'épancher dans le péritoine, il propose d'obvier à ce grave inconvénient en attirant l'utérus en dehors de l'abdomen avant de l'ouvrir pour placer la chaîne de l'écraseur et le fil métallique sur l'endroit qu'ils doivent occuper, afin d'en effectuer la constriction avant d'inciser l'utérus et extraire l'enfant. Mais ce procédé emporte le danger d'une incision plus étendue de la paroi abdominale pour donner issue à l'utérus gravide, et celui, encore plus grave, d'asphyxier le fœtus qu'il contient, par la ligature préalable. L'auteur a beau dire que l'utérus, placé en antéversion dans les rétrécissements considérables du bassin, fait facilement saillie au dehors et qu'il suffit d'extraire rapidement l'enfant après la constriction pour en prévenir l'asphyxie. Cette modification n'est pas encore généralement adoptée.

Une hémorrhagie mortelle provoquée par la chaîne de l'écraseur, dans la seconde observation du docteur Wasseige, de Liège, lui a fait construire aussi un nouveau constricteur, agissant directement sur une plus grande étendue de tissu, avec plus de douceur et de sécurité.

Une double ligature métallique a aussi été appliquée au-dessus et au-dessous de la chaîne de l'écraseur, pour mieux assurer l'hémostase. D'autres ont employé le pansement de Lister dans toute sa rigueur, pour prévenir plus sûrement la septicémie et assurer le succès de l'opération.

On hésitait cependant en France à entrer dans ce concert européen. Une belle occasion s'offrit ainsi au professeur Pilat, de Lille, d'appliquer le premier ce procédé radical, dont il connaissait parfaitement les détails et les indications ; mais, par un respect exagéré de la tradition, il se refusa le mérite et la gloire d'y attacher son nom. C'était une fille Deschamps, primipare de trente-huit ans, d'une taille de 1 m. 13, rachitique au plus haut degré, avec jambes et cuisses arquées et déviation à gauche de la colonne vertébrale. Le diamètre sacro-pubien conjugué vrai mesurait à peine 3 centimètres. Le 18 janvier 1879, il pratiqua l'opération césarienne ordinaire, avec toutes les précautions désirables :

salle inoccupée depuis longtemps, nuage phéniqué, pansement phéniqué, et, malgré tous ces soins et l'habileté de l'opérateur, il extrait un garçon vivant; mais le sang coule abondamment, et, une complication venant en retarder encore l'arrêt, la femme succombe le lendemain, « par épuisement nerveux, occasionné par la perte de sang qu'elle a subie et l'anémie qui l'a suivie. » Aucune autre lésion ne fut constatée à l'autopsie.

Toutes les indications de l'opération de Porro étaient donc réunies chez cette naine, âgée, incapable de mettre d'autres enfants au monde. Devant l'abondance de l'hémorrhagie surtout, l'exemple de Porro s'imposait; il n'y avait qu'à enlever l'utérus et les ovaires, désormais inutiles, de cette malheureuse fille, pour sauver sa vie, menacée immédiatement. Il s'arrêta néanmoins devant ces raisons contingentes : que l'ablation de l'organe gestateur prive la femme de toute conception ultérieure et apporte le trouble dans l'économie tout entière, par la suppression d'une fonction qui lui est nécessaire, tout en reconnaissant aussitôt « qu'elle doit être admise exceptionnellement quand le rétrécissement du bassin est tel que, dans aucun cas, le passage du produit de la conception ne pourrait avoir lieu par les voies naturelles, » ce qui était parfaitement le cas. (*Soc. centrale de méd. du Nord*, 14 mars, et *Bull. méd.*, n° 3.)

C'est par une étrange contradiction que M. Pilat s'est arrêté de propos délibéré à l'ancienne méthode. Car, quant à invoquer l'incertitude de la valeur curative de la méthode de Porro, il n'est pas exact qu'il n'y eût alors que trois succès contre deux insuccès, comme il le dit; quinze observations étaient alors connues, avec leurs résultats promulgués dans la thèse inaugurale du docteur Imbert de La Touche et vulgarisés par tous les organes actifs et bien informés de la presse médicale. Aucune raison plausible n'existait donc pour la négliger et rendre au moins ce témoignage de progrès à la nouvelle Faculté de Lille.

Faute d'en avoir profité, la gloire en reviendra encore à celle de Paris, comme c'est souvent le cas. Quand la tradition est conservée si aveuglément et quand même en province, c'est à la jeunesse de Paris de donner le mouvement et le signe du progrès, comme l'a fait aussi avec succès M. Fochier, à Lyon. Dès le 24 février, un mois après l'échec de Lille,

M. Tarnier, chirurgien de la Maternité, exécutait en ville cette opération, sur une femme en couche de trente-trois ans, atteinte d'une tumeur fibreuse remplissant toute l'excavation. On attendit malheureusement trop longtemps. La poche des eaux s'étant rompue prématurément, dès le 17 février, sans aucune trace de travail, il n'y avait pas lieu d'intervenir. Trois jours après, les mouvements actifs du fœtus cessaient, et la fièvre, le frisson, la fétidité et un mauvais état général se développaient progressivement, toujours sans aucune trace de travail. L'opération césarienne ne fut pratiquée que le 24, suivant la modification du professeur Müller. L'utérus fut attiré doucement au dehors avant d'être incisé. L'enfant et le placenta étaient putréfiés avec des gaz dans le tissu utérin, et la femme mourut le huitième jour d'infection putride.

Un second fait ne tarda pas à se présenter à la Maternité même, le 20 mars suivant, à midi moins un quart, c'est-à-dire un peu avant le départ de M. Tarnier. Heureusement, car l'opération put être ainsi faite aussitôt. C'était une femme de trente-six ans, présentant tous les signes du rachitisme, avec taille de 1 m. 23 et bassin pseudo-ostéo-malacique, de 6 centimètres d'avant en arrière, avec dépression des parois antéro-latérales et saillie en dedans s'opposant à la céphalotripsie. Les membranes étaient rompues depuis trois jours, sans dilatation du col. Enfant mort depuis deux jours.

L'opération eut lieu à trois heures de l'après-midi, suivant le procédé de Porro. Ouverture des parois abdominales et de l'utérus; on retire l'enfant, on amène au dehors l'utérus et les ovaires, et l'on place sur l'utérus, entre le corps et le col, un serre-nœud de Cintrat; au-dessus du premier fil de fer, une broche transversale, comme pour l'ovariotomie, et, au-dessus de cette broche, un semi-fil de fer destiné à lui donner de la solidité. Pas de frissons, pas de vomissement, pas de douleurs de ventre. Température maxima de l'aisselle, 38°,6. Champagne, bouillon, lait. Guérison sans aucun accident. Soumise publiquement à l'Académie de médecine, le 29 juillet, cette naine, avec sa mine fraîche et souriante, indiquait le peu de souci et de regrets que lui causait la grave mutilation qu'elle a subie et dont les débris étaient placés dans un bocal.

Ce succès est mémorable autant par l'opération qui l'a

amené que le lieu même où il a été obtenu. Depuis 1787, pas un seul cas d'opération césarienne n'a réussi à Paris, et, de plus, elle avait constamment échoué dans les hôpitaux; tandis que celle-ci a réussi dans l'hôpital réputé le plus dangereux de Paris pour cette opération, surtout sur une femme dans de mauvaises conditions et opérée dans l'amphithéâtre même de cette Maternité si mal famée. Quelles sont donc les causes de ce remarquable succès?

D'abord l'opération, dit M. Tarnier, car l'ablation de l'utérus supprime les deux causes les plus ordinaires qui la rendent mortelle : à savoir l'hémorrhagie utérine et la péritonite par épanchement des lochies dans le péritoine, puisqu'on enlève l'utérus et la plaie par laquelle on a extrait l'enfant. C'est ainsi que, des 29 cas aujourd'hui connus, on compte déjà 15 succès. Cette opération prendra donc rang dans la chirurgie classique, comme une des meilleures que l'on puisse faire. Elle supprime, il est vrai, les organes de la génération, et rend les opérées définitivement stériles; mais ces raisons contingentes ne sont guère à considérer, quand il s'agit de sauver la femme d'un péril immédiat.

Les succès qu'elle donne doivent même la faire préférer à la céphalotripsie. Dans les rétrécissements moyens du bassin, où l'on peut seulement hésiter, il est permis de préférer celle-ci, parce que, en recourant à l'accouchement artificiel, la femme, une fois guérie, peut avoir d'autres enfants. Mais, quand le rétrécissement est extrême et mesure moins de 66 millimètres, la céphalotripsie tue tous les enfants et sauve à peine la moitié des femmes, tandis que la nouvelle opération de Porro sauverait tous les enfants et la moitié des femmes, si elle était toujours pratiquée de bonne heure, c'est-à-dire dans les meilleures conditions. Opérer tardivement, c'est exposer l'enfant à mourir par un travail trop prolongé et mettre la femme dans une situation moins bonne pour le succès. Elle est donc rationnelle dans ces cas et rendra de grands services.

La seconde raison de ce succès, la question de lieu, c'est l'emploi de la méthode antiseptique dans toute sa rigueur. Elle a accru les chances de l'opération, car, depuis trois à quatre ans, sur 8 grandes opérations analogues pratiquées dans les salles de la Maternité, cette méthode a donné les mêmes résultats. MM. Polaillon et Lucas-Championnière ont

ainsi fait 5 ovariotomies qui ont toutes été suivies de guérison. M. Tarnier a ouvert deux fois l'abdomen dans deux cas de grossesse extra-utérine et pratiqué l'opération de Porro, et, de ces trois femmes, une seule a succombé. Or 7 succès sur 8 cas, dans un hôpital décrié et réputé un foyer d'infection, c'est un résultat magnifique, qu'il faut attribuer à la méthode antiseptique. (*Acad. de médecine*, 29 juillet.)

Sans contester l'heureuse influence de la méthode antiseptique dans ces graves opérations, celle de Porro en particulier, il est à remarquer qu'elle a été employée aussi scrupuleusement que possible à Lille, comme on l'a vu, et dans un cas réunissant les conditions les plus favorables au succès, et cependant elle a échoué. Il n'est pas démontré au contraire qu'elle ait toujours été employée dans les cas de succès de l'opération de Porro, pas plus que dans ceux de l'ovariotomie. Il y a donc lieu, au moins, de vérifier encore cette influence salutaire, pour la rendre plus certaine.

V. Ovariotomie.

En apparence du moins, la France, inscrite la dernière dans la confirmation de cette grande conquête chirurgicale, aurait des droits à sa priorité, si les *Comptes rendus* de l'Académie des sciences sont exacts. Elle ouvrait en effet un paquet cacheté, le 27 octobre dernier, sur la demande du docteur Queirel, de Marseille, qui le lui avait adressé le 8 octobre 1876. Or cette communication, tenue secrète pendant trois ans, était relative à l'*opération césarienne avec ablation totale de l'utérus*, pratiquée en 1875. Elle serait donc antérieure à celle de Porro, faite en mai 1876. (*Acad. des sciences*, 27 octobre.) Mais une lettre adressée à l'Académie de médecine le lendemain, par M. Queirel lui-même, ne réclame que pour deux hystérectomies, faites en 1875 et 1877, dans des conditions et pour des faits identiques à ceux de MM. Tillaux et Duplay; ce serait donc une confusion regrettable.

Le professeur C. Braun, de Vienne, a exécuté sa quatrième opération, le 25 mai, sur une naine de 4 pieds, âgée de vingt-cinq ans, rachitique et affreusement déformée, avec un diamètre antéro-postérieur de 2 pouces seulement. Une bronchite existant au moment de l'opération l'a rendue fatale. Tout allait pour le mieux, la mère et l'enfant, quand,

dans une quinte de toux, la plaie abdominale s'ouvrit plusieurs jours après, et une péritonite mortelle en résulta ; ce qui n'a pas empêché le célèbre accoucheur de répéter la même opération, le 20 juin, sur un bassin dont le diamètre conjugué mesurait deux pouces et demi. La tête de l'enfant était très volumineuse. C'est la première fois que cette opération est pratiquée avec un tel rétrécissement, ce qui montre la confiance du professeur viennois dans le succès de l'opération. (*Boston med. and surg. journ.*, juillet, nº 3.)

Ces deux nouvelles opérations en six semaines forment un total de 7 pratiquées à Vienne, avec celles du professeur Spaëth, dont 4 succès et 3 morts. Là comme ici, comme partout, cette nouvelle opération donne donc des résultats équivalents.

Ces 5 nouveaux cas, 1 à Lyon, 2 à Paris, 2 à Vienne, ajoutés à la statistique des 29 enregistrés par M. Beruti, de Turin, forment donc un total de 34 cas, avec 16 guérisons au moins, proportion qui augmentera sans doute avec le temps, quand toutes les conditions de cette opération seront mieux précisées.

Malgré les prétentions de ses partisans enthousiastes, l'excision de l'utérus est trop grave, suivant M. Lucas-Championnière, pour supplanter absolument l'opération césarienne, qui réussit mieux à la campagne qu'à la ville, comme des exemples en sont publiés chaque année. Aujourd'hui surtout que l'on peut faire à volonté une atmosphère chirurgicalement pure partout, celle-ci doit mieux guérir. L'opération de Porro est donc indiquée quand on redoute une purification imparfaite de l'air, ou si l'on veut opérer avant le travail, ou bien si une hémorrhagie grave survient. Mais elle ne l'est pas, toutes les fois que l'extraction du fœtus sans mutilation est impossible. La céphalotripsie, dans un rétrécissement sacro-pubien de 7 centimètres, est moins grave pour la femme qu'une application de forceps au détroit supérieur. Devant les graves dangers de l'opération césarienne, il n'y a pas à hésiter pour sacrifier l'enfant d'une femme qui pourra avoir plus tard des enfants avant terme et très bien vivants. Ce n'est qu'au-dessous que le danger commence, et, à 6 centimètres, mieux vaut choisir l'opération qui sauve l'enfant avec autant de chances de sauver la mère que la céphalotripsie. Sur deux céphalotripsies faites pour un

rétrécissement ayant un peu moins de ce diamètre, une femme a guéri, l'autre a succombé, quoique sans déchirure ni complication inflammatoire à l'autopsie. L'opération césarienne avec excision de l'utérus est donc préférable dans ce cas. (*Journ. de méd. et de chirurg. pratiques*, septembre.)

Gastro-élytrotomie. Il est à remarquer que, simultanément avec la réalisation de ce progrès dans l'opération césarienne en Europe, il s'en opérait un autre en Amérique. Les constants insuccès de cette opération, dans le nouveau monde comme dans l'ancien, avaient porté le docteur Thomas, de New-York, à renouveler la modification de Ritgen en 1820, et de Baudelocque en 1823, sans la connaître, comme il l'avoue. Si j'avais connu ces cas, dit-il, il est probable que je ne l'eusse pas renouvelée, conformément à l'adage : Quand l'ignorance est heureuse, c'est folie d'être sage. Ayant eu l'occasion d'expérimenter ainsi la gastro-élytrotomie sur le cadavre d'une femme morte subitement à terme, il l'exécuta sur le vivant ensuite, dès 1870, et fut bientôt imité par le docteur Skene, qui, plus heureux que lui, amena un enfant vivant et sauva la mère dans un cas. Sur cinq exemples connus de cette opération, condamnée et oubliée ici depuis longtemps, quatre enfants ont été extraits vivants, le cinquième ayant été préalablement crâniotomisé, et trois des mères sont encore vivantes. Et les résultats seraient probablement meilleurs, dit le docteur Garrigues, si les femmes mortes n'avaient été opérées dans un état désespéré.

Quand, dans un espace de deux cent cinquante ans, l'opération césarienne à New-York n'a donné qu'un succès unique pour la mère et l'enfant, on comprend que ce résultat de trois succès semblables sur cinq gastro-élytrotomies, pendant les huit dernières années, ait fait une aussi forte impression sur les esprits dans le nouveau monde que l'opération de Porro dans l'ancien. Aussi la question s'agite-t-elle dans la presse et les Sociétés américaines. Le docteur H. Garrigues en a soumis ainsi l'examen à l'*American gynecological Society*, dans un mémoire très intéressant sur ce sujet (*On gastro-elytrotomy*, in-8° de 78 pages, avec 3 planches, New-York, 1878).

La principale modification opératoire apportée par les gynécologistes américains est de déchirer les parois du va-

gin, au lieu de les inciser suivant la méthode de Ritgen et A. Baudelocque. L'hémorrhagie est ainsi diminuée, sinon prévenue, et l'on peut toujours l'arrêter par la ligature. L'extraction du fœtus a été facile dans tous les cas, un seul excepté, où la difformité du bassin était causée par une maladie des articulations coxo-fémorales. Quant aux dangers consécutifs, ils sont beaucoup moindres que dans l'opération césarienne, le péritoine n'étant pas ouvert. Sa séparation a été trouvée très facile dans tous les cas au terme de la grossesse, et c'est ainsi que M. Budin, l'ayant exécutée sur le cadavre, est d'accord, à cet égard, avec les accoucheurs américains. (*De la gastro-élytrotomie*, thèse de Paris, 1876, p. 49.) Le danger de la péritonite et surtout de la septicémie par l'épanchement du sang dans sa cavité est donc moindre que lorsqu'il est divisé. Et s'il est vrai que la pratique journalière de son traumatisme, dans l'ovariotomie, ait appris à n'en pas tant redouter les dangers, ceux-ci n'ont pas diminué dans l'opération césarienne. Sur dix-neuf cas collectés par Stadfelt dans les pays scandinaves, il n'y eut qu'une femme sauvée et aucune sur les neuf récemment opérées par Spæth et Spiegelberg. C'est donc là une garantie spéciale de la gastro-élytrotomie.

Ainsi se trouve admise et classée, en Amérique, cette opération, rejetée, condamnée et oubliée en Europe. On parle de la substituer à la céphalotripsie et à l'embryotomie, et, si les succès continuent, peut-être pourra-t-elle faire échec à l'ablation même de l'utérus et des ovaires, au moins dans certains cas. L'incision du vagin ne peut être répétée du même côté et est impossible quand la tête est arrêtée au détroit inférieur. Le rétrécissement et l'occlusion du vagin, son obstruction par une tumeur, la contre-indiquent aussi. Deux nouvelles opérations obstétricales vont ainsi se disputer l'attention des accoucheurs, pour sauver plus sûrement la mère et son enfant. (*Transactions of the american gynecological Society*, vol. III, p. 214. Boston.)

OPHTHALMOLOGIE. La création à Paris d'une chaire officielle de cette science à la Faculté de médecine en constitue le principal événement. La clinique spéciale existait en effet depuis plusieurs années. Elle faisait partie des cours complémentaires institués par Rayer, et l'enseigne-

ment en a été successivement confié à plusieurs agrégés. Mais le succès en était effacé, diminué, par la vogue des cliniques privées de spécialistes célèbres comme Sichel, Desmarres, Liebreich, qui attiraient la plupart des étudiants et surtout des médecins étrangers.

L'institution récente de cette chaire spéciale à la nouvelle Faculté de Lyon en commandait une semblable à Paris. Elle a été confiée à M. Panas, chargé du cours complémentaire depuis plusieurs années comme agrégé. Parviendra-t-il, en cette qualité et en vertu de son nouveau titre, à attirer les élèves et à donner à la science officielle tout le prestige et le crédit qu'elle doit avoir sur l'enseignement privé? Voy. COLLYRES, INJECTIONS DE PILOCARPINE.

Traité pratique et clinique des blessures du globe de l'œil, par le docteur Yvert, médecin aide-major, précédé d'une introduction du docteur Galezowski. 1 vol. in-8° de 750 pages. Librairie *Germer Baillière*.

On s'étonnera peut-être que, après la récente traduction de l'opuscule du professeur de Arlt sur les blessures de l'œil (voy. *année* 1877), un si gros volume y succède sur le même sujet et à la même librairie. L'explication en est toute simple. Le premier est un exposé général, sommaire, une vue d'ensemble des blessures principales, tandis que le second est un traité complet, descriptif et analytique, de toutes les lésions graves et légères de cet organe avec historique et observations cliniques, au nombre de 147. Celui-ci complète donc celui-là, et il est assez probable qu'il en a même été inspiré.

Il a pour base la clinique et la pratique de M. Galezowski. On ne s'en aperçoit que trop par son nom mille fois répété à chaque page et à chaque observation, avec cette rédaction uniforme, invariable : *Le malade nous raconte ou nous rapporte que*... Répétitions choquantes, superflues et désagréables, qu'il eût été facile de supprimer par un avertissement de l'introducteur. La statistique mensuelle de 1875, placée au début, l'indique assez, car elle contient 5465 cas, dont 345 de traumatismes, en montrant leur fréquence relative suivant les mois et les diverses parties de l'œil. Elle ne constitue pas tout le livre, sans doute, enrichi des lectures, des citations et des réflexions personnelles de l'auteur. L'ob-

servation directe manquant pour certaines lésions, les opérations rares ou de nouveaux procédés, il recourt aux ophthalmologistes étrangers, en rapportant les textes, les faits et les opinions à l'appui. L'historique des divisions et des sutures de la sclérotique et de la cornée est ainsi relaté.

La division des matières n'est pas faite ici, comme dans l'ouvrage de Arlt, suivant les blessures, les lésions, considérées dans leur siège, dans les diverses parties intégrantes de l'œil, d'après leurs analogies et leurs différences. C'est dans chaque partie isolée, membrane, tissu ou liquide, que ces diverses lésions sont étudiées et décrites : corps étrangers, contusions, commotions, piqûres, brûlures, érosions, ruptures, plaies, luxations ou déplacements, décollements, hernies, traumatisme chirurgical, etc., etc. Les lésions spéciales de la cornée, de la chambre antérieure, de l'iris, du cristallin, de la conjonctive, de la sclérotique, de la choroïde, de la rétine, du nerf optique, de l'humeur vitrée et du fond de l'œil, sont ainsi décrites séparément dans des chapitres successifs, avec les observations et les indications bibliographiques s'y rapportant, ainsi que le diagnostic, la marche ou évolution, le pronostic et le traitement, comme dans un traité spécial et séparé. Le douzième et dernier chapitre, le plus long et le plus important, est consacré à toutes les variétés des accidents sympathiques et à leur traitement.

De là la longueur démesurée de cet ouvrage, cette méthode analytique entraînant forcément des répétitions multiples, que l'auteur ne cherche nullement à éviter. Il s'y complaît et répète ainsi la même chose à tous les chapitres, à propos des corps étrangers et la plupart des autres lésions communes. Un diagnostic différentiel synthétisé suivant les tissus ou les milieux, en montrant la gravité différente d'après les symptômes, n'eût-il pas été plus utile et profitable aux praticiens peu éclairés, auxquels ce livre s'adresse spécialement? N'ayant pas la ressource des spécialistes à leur portée pour prendre un parti décisif ou pratiquer une opération urgente, ils auraient pu s'éclairer sur le danger par un pronostic comparatif et agir en conséquence. Un chapitre de pathologie générale, distinguant la gravité des lésions d'après leur siège et leurs symptômes, eût donc été, selon nous, un élément de plus du succès de ce livre.

De la section des nerfs ciliaires et du nerf optique, par le docteur P. Redard. Thèse inaugurale, Paris, 1879. Histoire complète de ces deux nouvelles opérations délicates, avec les faits, les noms et les dates à l'appui, leurs indications et le procédé opératoire.

ORCHITE. *Influence des lésions du testicule.* Il résulte des recherches du docteur Ledouble que, dans la blennorrhagie, si l'épididyme s'enflamme, c'est toujours sur le testicule le plus faible, qu'il soit lésé, mal conformé ou déplacé. La hernie inguinale même y prédispose. Sur 14 observations d'orchite chez des malades porteurs de hernie inguinale, 12 fois elle siégeait du côté de la hernie. Même observation pour le varicocèle. Dans 9 cas de coïncidence, 8 fois l'orchite siégeait sur le testicule variqueux. Bien plus, les deux maladies réagissent l'une sur l'autre : l'orchite aggrave le varicocèle, et l'atrophie testiculaire est plus fréquente dans ces cas. La récidive même de l'orchite serait aussi plus fréquente dans ces cas, d'après Niemeyer. Le pronostic est ainsi aggravé par ce seul fait. Les troubles de la circulation et de l'innervation, provoqués par le varicocèle et la hernie, prédisposent ainsi le testicule adjacent à en recevoir l'influence, comme le plus faible, le moins bien vivant des deux.

Les anomalies de forme et de situation du testicule le prédisposent aussi à l'orchite. On l'observe souvent lorsqu'il est retenu dans le canal inguinal, avec des symptômes qui simulent la péritonite localisée ou l'étranglement intestinal. La douleur est parfois des plus vives; mais il suffit d'être prévenu du fait ou de le constater pour être rassuré et agir en conséquence.

L'inversion du testicule déplaçant l'épididyme en avant, latéralement, sinon en anse, prédispose encore à l'orchite sans la rendre plus grave. Mais il faut tenir compte de cette situation anormale pour faire les ponctions sur l'épididyme même et non sur le testicule. (*De l'épididymite blennorrhagique dans les cas de hernie inguinale, de varicocèle ou d'anomalies de l'appareil génital.* In-8 de 250 pages. Paris.)

OREILLONS. Maladie qui semble de plus en plus spéciale aux jeunes soldats, par les épidémies fréquentes que

[illegible]

myélite, donné par M. Lannelongue à ces ostéites ou ostéopériostites locales ou diffuses, qui se déclarent surtout sur les os des membres des enfants ou adolescents lymphatiques, mal nourris, fatigués, surmenés. A la suite d'un léger traumatisme, effort, fatigue ou chute, d'un refroidissement, souvent sans cause appréciable, des douleurs surviennent avec tuméfaction, gonflement, rougeur et formation de pus ensuite, et l'on constate en général la dénudation de l'os.

Cette ostéomyélite, suivant l'auteur, ne naît pas au niveau du cartilage épiphysaire ou *conjugal*, comme l'admet M. Gosselin, mais au bulbe plus ou moins éloigné et connu sous le nom d'encoche, qui joue un rôle considérable dans l'évolution et le développement des os, comme dans la pathogénie de leurs maladies. Jamais elle ne débute par le canal, car, chez les enfants, celui-ci ne va jamais jusqu'à l'épiphyse. Il en est toujours plus ou moins éloigné et séparé par une couche de tissu aréolaire, où est le siège primitif de l'ostéomyélite. Sa marche, lente ou rapide, loin d'être toujours ascendante, comme l'a dit Chassaignac, se dirige séparément vers l'épiphyse ou la diaphyse, sinon dans les deux sens à la fois. Sa marche vers la périphérie est manifeste en certains cas. Lorsqu'elle se dirige vers la diaphyse, elle rencontre le canal médullaire, qu'elle peut envahir très rapidement. Le trépan donne ainsi issue à du pus quelques jours après le début du mal.

Ces accidents sont parfois si aigus que la mort est comme foudroyante. De là le nom de périostite phlegmoneuse employé par M. E. Bœckel, de Strasbourg, dès 1858, et dont on s'est servi depuis. (V. *année* 1869.) D'autres fois, le mal est lent, chronique, comme dans l'ostéite, se termine aussi fatalement, et l'on trouve de même l'os dénudé de son périoste. La division profonde de cette membrane, faite de bonne heure, et la trépanation même de l'os ayant amené des succès, on a admis ainsi que l'os et son enveloppe étaient le siège de cette inflammation.

Elle revêt parfois un caractère si généralisé, avec fièvre intense, frissons, phénomènes typhoïdes, comme langue sèche, soif intense, assoupissement et délire, diarrhée, que l'on en a fait une maladie infectante, le typhus des os. C'est ainsi que, ne pouvant expliquer sa généralisation par l'os,

ni son enveloppe, on en a placé le siège dans la moelle. De là le nom d'ostéomyélite employé par M. Chassaignac. Lucke prétendit même distinguer ce siège par les symptômes. Les douleurs vives, le frisson initial, une fièvre élevée, avec lourdeur extrême du membre, sans tuméfaction ni rougeur notable, indiqueraient ainsi que la moelle est primitivement envahie. C'est en s'étendant par continuité qu'elle deviendrait infectante et produirait la périostite et les collections purulentes. L'œdème de la peau caractériserait, au contraire, la périostite primitive.

Mais c'est là un tableau fait *à priori* et que l'observation clinique dément tous les jours. Les phénomènes généraux existent sans caractères infectieux, et la lésion la mieux localisée s'accompagne parfois de symptômes typhoïdes, comme des exemples en sont relatés. (V. *année* 1874.)

La symptomatologie ne pouvant révéler exactement le siège primitif du mal, et les lésions envahissant plusieurs tissus à l'autopsie, on est resté dans le doute sur ce siège. C'est ce que M. Lannelongue a prétendu décider dans sa communication à l'Académie de médecine, en se prononçant pour l'origine myélitique centrale, d'après des faits d'anatomie pathologique et les succès de la trépanation hâtive de l'os. Mais cette interprétation absolue est infirmée par des expériences directes. Mas a détruit la moelle sans provoquer la nécrose de l'os, sauf quand le périoste n'existait pas ou que la moelle était malade, et Kocher, en prenant des mesures antiseptiques pour la léser, n'a provoqué ni nécrose, ni phénomènes généraux graves, tandis qu'il suffit d'introduire des liquides septiques, putrides, et même de les donner aux animaux, pour faire naître ces accidents.

Des expériences plus récentes sur des chiens ont conduit M. Colin à des conclusions encore plus négatives. La trépanation simple des os des membres sur tous les sujets jeunes, comme sur les adultes, la moelle restant exposée au libre contact de l'air, n'a pas suffi pour déterminer une ostéomyélite appréciable. L'introduction à demeure, dans le canal médullaire, de stylets non oxydables, de platine, d'or, d'argent, n'a provoqué qu'une ostéomyélite simple, non suppurante, sans extension notable de l'irritation aux couches extérieures de l'os et au périoste. Celle des stylets oxydables, de zinc ou de cuivre, en irritant à la fois méca-

niquement et chimiquement, donna une ostéomyélite grave, s'étendant rapidement à l'ensemble de l'os, au périoste et au tissu cellulaire. En quelques semaines, les os des sujets jeunes et presque adultes se gonflent, perdent leur consistance, même dans leur couche compacte, et éprouvent des déformations considérables, et leur périoste peut s'injecter, s'infiltrer, comme dans la périostite phlegmoneuse.

Les succès peuvent d'ailleurs s'expliquer par le simple écoulement du sang et l'irritation même produite par le traumatisme, d'autant mieux que, le plus souvent, il ne s'est pas écoulé une seule goutte de pus dans ces guérisons par la trépanation. Les guérisons obtenues par la simple division du périoste et par la résection de la diaphyse de l'os dénudé, opération pratiquée avec succès depuis quelques années en Angleterre, introduite en France par Giraldès et renouvelée heureusement par M. Duplay, justifient cette interprétation, comme celle de M. de Saint-Germain, obtenue à la suite de la simple irritation digitale de l'os. (Voy. *années* 1874 et 1876.) Ces formidables accidents ne sont donc pas toujours produits par l'inflammation de la moelle centrale.

Tout en soutenant cette opinion, M. Panas, rapporteur, conserve néanmoins la dénomination d'ostéomyélite, en se fondant sur ce que, d'après les histologistes allemands, les cellules de la moelle se rencontrent sous le périoste chez les enfants. C'est la moelle *endostale* et *périostale* qui peut ainsi être atteinte simultanément avec le périoste. Il explique par une intoxication du sang les accidents typhiques et septicémiques qui compliquent parfois cette ostéomyélite, même sans exposition de la moelle centrale à l'air. L'admission d'un principe infectieux dans le sang suffit.

Le terme d'*ostéomyélite de croissance* est, selon M. Trélat, parfaitement juste et conforme aux données de l'anatomie pathologique et de l'histologie, puisque c'est la prolifération des médullocèles embryonnaires et leur organisation qui constituent l'ostéite hypertrophique, comme leur invasion par les vaisseaux de nouvelle formation fait l'ostéite raréfiante, et que la suppuration osseuse n'est que le résultat des troubles de ces divers phénomènes. L'agrandissement des canaux de Havers, la séparation des séquestres, la formation des cavités osseuses contenant du pus ou de la

moelle fœtale, ne sont que la conséquence de la médullisation de l'os ou son invasion par les éléments médullaires naissants, c'est-à-dire la moelle endostale et la moelle périostale, admises par les histologistes. Telles sont les affirmations et les promesses de l'anatomie histologique, la science de l'avenir.

Il a suffi à M. Gosselin de montrer que l'on confondait ici les caractères et les effets du tissu médullaire dans le système osseux de l'embryon et ceux de la vraie moelle de l'enfant et de l'adulte. S'en tenant à l'opinion des anatomistes et des histologistes, il établit la grande différence qu'il y a entre la moelle sous-périostique et la moelle interstitielle des canaux de Havers avec la moelle endostale ou vraie moelle, renfermée dans le canal médullaire de l'os et les vacuoles du tissu spongieux. Celle-ci est un composé bien défini de nombreux vaisseaux sanguins, un peu du tissu conjonctif, de la matière albumineuse et de la graisse, avec deux éléments microscopiques spéciaux : les médullocèles et les myéloplaxes. Or ces éléments n'existent pas sous le périoste des jeunes sujets. On y trouve seulement ces cellules embryonnaires, appelées aujourd'hui ostéoplastes, qui ne ressemblent nullement aux cellules géantes ou myéloplaxes de la vraie moelle et diffèrent des médullocèles par leur forme polygonale et leurs dimensions un peu plus grandes. Leur rôle physiologique diffère également, les ostéoplastes paraissant destinés à présider à la formation de la substance calcaire dans l'accroissement de l'os en épaisseur, tandis que les médullocèles servent à la formation des globules rouges du sang, si ce n'est à la résorption de la substance osseuse. C'est donc le contraire, et il n'y a pas d'analogie entre la matière embryonnaire sous-périostale et la vraie moelle endostale de l'adolescent ni de l'adulte.

Aussi les lésions histologiques de l'ostéite condensante ni raréfiante, de la suppuration ni de la résorption osseuse, ne consistent-elles pas dans la prolifération régulière et troublée des médullocèles. Les traités d'histologie ne parlent que de cellules embryonnaires ou ostéoplastes, très analogues aux cellules pathologiques qui forment les bourgeons charnus et les fongosités. Une différence plus grande encore de cette moelle embryonnaire, c'est que les ostéo-

plastes n'ont pas un substratum albumino-graisseux, comme les médullocèles de la vraie moelle. La dénomination d'ostéomyélite n'est donc ni exacte, ni légitime pour désigner l'ostéite épiphysaire des adolescents.

Tout en reconnaissant la parfaite exactitude de ces distinctions, M. Trélat déclare avoir vu dans le laboratoire de M. Ranvier la pièce et le dessin de la transition des médullocèles aux ostéoplastes ou cellules embryonnaires. Il croit donc rationnel de donner le nom de moelle à ces variétés de tissu, car les phénomènes de génération, de prolifération, d'irritation, de suppuration, ne sont possibles qu'avec accompagnement de genèse, d'organisation, de dégénérescence de ces mêmes éléments ou cellules de deux ordres : les médullocèles ou ostéoplastes pour le tissu osseux proprement dit, et les myéloplaxes pour les formations vasculaires. On voit par là que l'un s'en tient à la science faite, positive, officielle, tandis que l'autre juge, par induction, de l'embryon à l'homme adulte, sans interroger la clinique et en escomptant l'avenir. Là est toute la différence d'interprétation.

En rappelant la doctrine de Lucke sur la nature infectante de cette maladie, le typhus des os, comme on l'a appelée, cette interprétation a soulevé un véritable orage au sein de l'Académie, où les disciples de M. Pasteur ne peuvent admettre une infection générale sans la pénétration de germes extérieurs, contrairement à la majorité des médecins qui en soutient encore le développement spontané dans l'organisme. Une grave et longue discussion incidente s'en est suivie ainsi. V. Septicémie.

Conforme à l'ensemble des faits cliniques aussi bien qu'aux résultats obtenus, cette doctrine implique nécessairement une confusion dans la forme même ou le siège de la maladie. La différence est trop sensible entre ces ostéo-périostites diffuses, foudroyantes, qui tuent en quelques jours, comme par une véritable infection septicémique, avec ou sans symptômes généraux, malgré la division du périoste et la trépanation hâtive de l'os, et ces cas où la même affection dure des mois, avec un cortège de symptômes graves, effrayants, et qui guérit après la simple évacuation du pus, avec ou sans trépanation. Une distinction est donc à établir, comme l'observation clinique l'a fait tenter en France

par divers chirurgiens, dans ces dernières années. M. Ollier a distingué une périostite albumineuse (V. *année* 1874), et M. Gosselin une ostéite névralgique guérissant par la trépanation sans pus (V. *année* 1875). Une périostite externe a même été établie anatomiquement par M. Duplay, corroborée par d'autres faits et les succès obtenus en Angleterre par la résection de la diaphyse dénudée de l'os (V. *année* 1878). Ne serait-il donc pas possible de réunir ces formes diverses en une espèce spéciale d'ostéo-périostite externe, superficielle et curable avec ou sans la trépanation de l'os, comme nous l'avons suggéré l'année dernière, par opposition avec l'ostéomyélite profonde, infectante et presque fatalement mortelle?

A la *Société de chirurgie*, où M. Lannelongue a fait valoir la thérapeutique uniforme de la trépanation hâtive de l'os, consécutivement à l'ouverture de la collection purulente du périoste, qui lui a donné trois succès sur cinq trépanations suivies de l'écoulement du pus, M. Verneuil a opposé huit succès sur treize cas, obtenus par la simple incision sans trépanation. Elle est donc au moins inutile dans un certain nombre, et c'est précisément ceux où elle est indiquée qu'il s'agit de fixer, d'autant plus que, comme M. Trélat l'a établi par des faits, il y a des périostites externes, celles qui persistent et se prolongent, qui n'atteignent pas même la face interne du périoste et qui laissent l'os absolument intact. Ce ne sont donc pas là des ostéomyélites, ni des cas d'application du trépan (7 mai).

La trépanation hâtive, d'emblée, de l'os malade, n'est pas plus justifiée par l'anatomie pathologique que par la clinique et l'observation. La pratique de M. Ollier, ne l'employant qu'après l'insuccès des autres moyens, comme il en a rapporté dix-neuf cas en 1876, est plus logique et acceptable. Il serait mieux sans doute de pouvoir en fixer l'indication précise d'après les symptômes; mais c'est là précisément ce qui reste à faire, comme Lucke l'a essayé. Malheureusement, la casuistique de l'ostéomyélite spontanée, diffuse, faite par M. Selenkoff dans sa thèse soutenue à Dorpat en 1874, pourrait être rééditée aujourd'hui, car on n'est pas plus fixé sur sa genèse, son siège primitif, que sur le nom à lui donner. Aucune opinion ne s'impose par le raisonnement ni par des observations suffisantes, comme l'a dit M. A. Guérin.

Le diagnostic différentiel, qui, dans l'école française, s'établit surtout par la clinique et l'anatomie pathologique, a fourni les données suivantes. Les articulations voisines, adjacentes, se prennent beaucoup plus facilement dans l'ostéomyélite que dans l'ostéo-périostite, d'après M. Tillaux. Un traumatisme avec douleurs centrales, térébrantes, sans fluctuation ni gonflement de l'os, sont les caractères de la première, suivant M. Marjolin; c'est, pour M. Guéniot, l'impotence du membre, sa pseudo-paralysie, au moins chez les jeunes enfants. Un symptôme important pour M. Lannelongue est la dilatation des veines superficielles au-dessus de la tumeur quand elle existe. Leur développement très accusé révélerait l'existence même de la pyoémie, comme un indice d'oblitération profonde par les produits purulents. Le périoste s'enflamme le premier, pour les uns; c'est la moelle, pour d'autres; c'est le cartilage épiphysaire, pour M. Gosselin, et, pour M. Richet, on peut observer tous les caractères de ces divers sièges à la fois. (*Soc. de chirurg.*, janvier.)

Voici, pour mieux résoudre la question, l'auteur même de cette discussion pris sur le fait par sa dernière observation :

« Un enfant, âgé de sept ans et demi, entre au n° 3 de la salle Napoléon, se plaignant d'une douleur vive au-dessus du genou droit, survenue sans cause appréciable depuis quatre jours. La mère avait remarqué que le premier jour l'enfant boitait. Le lendemain, il était pris de fièvre et gardait le lit.

« Etat général d'une gravité modérée, température à 39°, sans délire ni complications thoraciques. La jambe droite est saine, mais fléchie, le genou sans épanchement. La cuisse, sans changement de coloration à la peau, sans œdème ni bourrelet circulaire, présente à sa racine *quelques veinules qui semblent plus apparentes que celles du côté opposé*.

« Tout mouvement du membre inférieur est douloureux. La pression du doigt l'est également. La méthode à suivre dans la recherche des points *douloureux à la pression* sur un os malade n'est pas indifférente ; voici comment procède M. Lannelongue. L'extrémité d'un os étant le siège d'une douleur spontanée, il commence l'exploration par l'extré-

mité saine, pour gagner progressivement la partie malade, en exerçant chaque fois avec le pouce une pression d'égale intensité. Par ce moyen, il a été facile, chez le petit malade, de déterminer d'abord, au-dessous du grand trochanter, une douleur qui s'accusait en descendant le long du fémur, pour devenir très vive au niveau de l'extrémité inférieure. Une exploration attentive permet de constater une tuméfaction de l'os, mais sans qu'il soit possible de trouver de la fluctuation. Néanmoins, il affirme avec assurance et conviction l'existence d'un abcès sous-périostique et d'une ostéomyélite suppurée.

« Il y a du pus non seulement sous le périoste, dit-il, « mais encore dans le canal médullaire ; par les trous du tré- « pan que je vais appliquer, vous verrez à coup sûr sortir du « pus de l'os même. Ce sera là ma récompense. » Cherchant alors un lieu d'élection au-dessus des condyles, sur la face interne du fémur, il pratique une large incision, puis, s'aidant des écarteurs et d'une sonde cannelée, arrive jusque sous le périoste ; un flot de pus s'écoule, toute la circonférence du fémur est dénudée, l'os apparaît blanc et sain en apparence, ce qui n'empêche pas le chirurgien d'affirmer encore une fois l'issue certaine du pus. A peine, en effet, l'os était-il trépané, que s'écoule un pus bien lié, d'abord pur, puis mélangé de sang. Il s'en est écoulé ainsi pendant plus de dix minutes. (*France médicale.*)

Mais un autre fait est opposé par le docteur Berger à celui-ci. Sans cause traumatique, un enfant est pris de fièvre et rougeur de la peau, avec tuméfaction œdémateuse et fluctuation au niveau de l'épiphyse du tibia ; tout cela en moins de soixante-douze heures. M. Gosselin, appelé en consultation, prescrit une incision immédiate de 8 à 10 centimètres, qui donne issue à une cuillerée de pus environ. Au fond de l'incision, le périoste, divisé, est décollé dans toute l'incision et laisse l'os à nu. On applique le pansement phéniqué. Aussitôt la fièvre tombe, la rougeur et la tuméfaction disparaissent, et une réunion presque immédiate a lieu, sans aucune élimination de séquestre, comme l'on s'y attendait.

C'était là un simple abcès sous-périostique, pour lequel la trépanation eût été au moins superflue, sinon préjudiciable. Il n'y a donc pas toujours ostéomyélite, comme le prétend M. Lannelongue, et il y a lieu de conserver au con-

traire les anciennes variétés d'abcès sous-périostique, l'ostéomyélite centrale, diaphysaire, la plus grave, et l'ostéomyélite spongieuse, l'ostéite épiphysaire et l'inflammation des cartilages de conjugaison, en distinguant de mieux en mieux leurs signes différentiels, de manière à en faciliter le diagnostic et le traitement. (*Soc. de chir.*, avril.)

C'est par la phlébite et la pénétration du pus dans le sang, l'infection purulente, que M. Parise, de Lille, interprète la gravité des accidents et la rapidité de la mort. Aussi regrette-t-il que les veines ne soient pas toujours examinées dans les cas mortels. Il la soupçonne ainsi chez un garçon de quatorze ans, entré à la clinique médicale, le 31 décembre 1878, après quatre jours de souffrance, dans un état typhique marqué : 150 pulsations, température à 40°, lèvres fuligineuses, semi-coma, avec paresse et embarras dans l'articulation des sons; pas de diarrhée ni de taches rosées lenticulaires. Une légère pression au-dessus du genou et de l'épaule arrache des cris plaintifs. Un typhus des membres est diagnostiqué, et le malade succombe dans la nuit.

Un coup de bistouri porté au niveau des articulations douloureuses fait jaillir un flot de pus. Le périoste était décollé dans le tiers environ des os atteints, sans que la collection purulente communiquât avec l'articulation. La moelle centrale était suppurée dans une grande partie de son étendue. Mais, dans plusieurs cas à marche aussi rapide, M. Parise a rencontré la veine nourricière du tibia remplie de pus et le versant librement dans la veine poplitée.

Le décollement du périoste, même étendu, n'entraîne pas toujours la mort, car, dans un cas où le fémur était complètement dénudé, le malade s'étant refusé à l'amputation proposée, il guérit parfaitement. Il en fut de même dans un autre cas avec dénudation du tiers inférieur de la diaphyse sans formation de séquestre. (*Bull. méd. du Nord.*, janvier.)

Tenant compte de l'inflammation du tissu spongieux des épiphyses et du ramollissement de la substance osseuse en résultant, M. A. Guérin y plonge hardiment et avec force un scalpel à dos fort, pour débrider les cellules osseuses enflammées. Il ponctionne seulement la peau et la lame compacte de l'os, mais il débride largement son tissu aréolaire, qui se trouve étranglé par le tissu compact qui l'enve-

loppe. C'est une incision sous-corticale. L'amélioration et la cessation de la douleur sont instantanées, ce qui autorise à croire que la guérison est due au débridement des parties enflammées plutôt qu'à la minime quantité de sang qui s'écoule. Le pansement ouaté étant appliqué ensuite, des guérisons sont ainsi obtenues qui paraissent impossibles autrement.

Il procède de même dans l'ostéite suppurée de la main et du pied avec ramollissement du tissu osseux, de même que dans l'ostéite strumeuse de l'apophyse mastoïde, qu'il incise profondément à 1 ou 2 centimètres dans l'endroit le plus résistant, au lieu de le trépaner. Le débridement suffit pour arrêter l'inflammation et l'écoulement du pus par le conduit auditif. Des malades privés de sommeil pendant plusieurs semaines successives, par la violence de la douleur, ont été instantanément et définitivement calmés par cette ponction et le débridement avec le scalpel, mieux qu'avec le trépan.

Ostéomyélite chronique ou prolongée. Le succès, ou plutôt le retentissement obtenu par sa généralisation de l'ostéomyélite aiguë, a conduit M. Lannelongue à ne pas s'arrêter en si beau chemin. Poursuivant résolument son interprétation absolue jusqu'au bout, malgré les infirmations évidentes qu'elle a reçues, et aidé de son interne, M. Comby, il groupe magistralement, sous ce nouveau titre, une foule d'affections chroniques des os dont l'étiologie obscure était mal déterminée : hyperostoses, abcès vrais et faux, nécroses, ostéites nécrosiques, caries, vermoulures, etc., rapportées jusqu'ici à la scrofule et la syphilis, ou d'autres diathèses, sont attribuées par lui, avec ou sans preuves, à une ostéomyélite aiguë du jeune âge. Et, comme il a englobé sous ce titre des affections très diverses, il justifie cette origine, à son point de vue, pour un très grand nombre de cas. Généralisant l'observation isolée du professeur Gosselin, qui a fait de la nécrose spontanée une conséquence et la suite de son ostéite épiphysaire et suppurée du jeune âge, et encouragé par l'observation récente du professeur Trélat d'une lésion du fémur, remontant à plus de quarante ans, chez un homme de cinquante-sept qui avait eu une ostéomyélite aiguë à treize ans, il n'hésite pas

à ranger sous ce double titre, comme dérivant de la même cause, toutes les lésions chroniques ou prolongées des os longs, courts et plats, dont l'origine contraire n'est pas parfaitement établie. Il n'est pas jusqu'au mal vertébral de Pott qui n'en soit considéré même comme un accident éloigné. Et c'est ainsi que, en collectant dans les musées et dans les livres des faits à l'appui de ses observations personnelles, il en a pu réunir un nombre considérable, qu'il classe et divise sous les titres d'hyperostoses, d'abcès, de nécroses, etc., selon la nature des os qu'ils affectent. (*Arch. de méd.*, septembre, octobre.)

Tel est ce travail considérable, à la fois original et compilatif. Reste à vérifier la valeur et la solidité de cette nouvelle étiologie des maladies chroniques et prolongées des os.

Ostéite multi-épiphysaire. Un moyen nouveau de distinguer au début cette affection obscure et d'en préciser le diagnostic, lorsque la douleur, fixée et localisée aux extrémités d'une seule articulation, peut en imposer pour un rhumatisme ou toute autre affection, c'est d'examiner par comparaison les autres extrémités ou saillies osseuses du squelette. Leur sensibilité nette et accusée à la pression est une preuve, pour le docteur Gillette, qu'il s'agit bien d'une ostéite épiphysaire de croissance. Chez deux enfants de douze à quinze ans, faisant de la gymnastique à outrance, une douleur vive, subite du genou pouvait faire croire à un rhumatisme ou de la ténosite, lorsque, en étendant son examen à d'autres articulations, il les trouva la plupart sensibles, douloureuses à la pression. Il conclut à une ostéite multi-épiphysaire se déclarant spécialement aux épiphyses fémoro-tibiales. Il prescrivit le repos et les bains sulfureux, avec un gramme de bromure de potassium par jour. Ces moyens suffirent à enrayer les accidents. (*Union méd.*, nº 44.) Voy. Fièvre de croissance, Jurisprudence.

C'est tout simplement sous le nom d'*abcès douloureux des os* que le docteur Golay comprend et désigne ces diverses affections dans sa thèse. Voy. Abcès.

OTALGIE INTERMITTENTE. De violentes douleurs rebelles dans la sphère de l'oreille, revenant par intervalles, peuvent faire croire à une lésion profonde, inflam-

matoire, rhumatismale ou syphilitique, qui cède magiquement à quelques prises de sulfate de quinine. Le secret est d'en saisir le caractère intermittent. Elles reviennent surtout la nuit, en devenant de plus en plus intenses. Un garçon de dix ans fut ainsi conduit à Voltolini pour l'examen de l'oreille. Ne trouvant rien d'appréciable et l'ouïe étant intacte, il soupçonna une névralgie, car les douleurs survenaient d'ordinaire la nuit, et l'enfant avait habité dans le voisinage d'eaux stagnantes. Il prescrivit 5 à 10 centigrammes de sulfate de quinine par heure dans la journée, et les douleurs cessèrent comme par enchantement. C'était tout simplement une névralgie ou une fièvre intermittente larvée d'origine paludéenne.

La découverte de cette affection est revendiquée par Weber-Liel, qui lui attribue les caractères suivants. Elle est ordinairement précédée d'angine et de catarrhe naso-pharyngien. L'accès s'annonce par un frisson plus ou moins fort. Des bourdonnements dans une oreille, de la céphalée, du vertige, incommodent le malade pendant la nuit, et tout malaise disparaît avec le jour. Le lendemain ou le surlendemain, les mêmes phénomènes se représentent, avec une exsudation dans la caisse. Une sueur croissante se montre peu à peu le matin, à la fin de l'accès. De la suppuration de l'oreille se manifeste à la longue, avec frissons, et, tous ces phénomènes s'accroissant, le malade ne tarde pas à être plongé dans l'abattement, car la nature du mal est souvent méconnue, et il peut ainsi durer plusieurs mois.

L'intermittence des douleurs, leur siège dans une seule oreille et leur retour la nuit, sont donc les meilleurs signes de cette otalgie. Elle est souvent provoquée par l'existence antérieure d'anciennes affections plus ou moins chroniques de l'oreille, comme l'organe de moindre résistance. La température prise dans le conduit auditif douloureux est souvent supérieure pendant l'accès de 1 ou 2 degrés à celle de l'aisselle. L'intumescence de la rate est surtout une preuve du diagnostic, mais le succès du sulfate de quinine en est la meilleure confirmation. (*Monatschr. für ohrenheilk.*, 1878.)

OTOLOGIE. Ce n'est plus seulement l'enseignement spécial de cette branche de la pathologie qui est demandé

en Allemagne, car il existe officiellement dans dix-sept Universités de l'empire, sept d'Autriche et quatre de Suisse, bien qu'il soit inconnu en France; c'est un examen particulier sur les parties de cet enseignement qui est réclamé par le professeur Trœltsch de tout aspirant au grade de docteur en médecine avant de lui conférer ce titre. S'appuyant sur ce que l'ophthalmologie a été récemment comprise dans le programme obligatoire des études médicales, en raison de la fréquence et de la gravité des maladies des yeux et du dommage en résultant pour l'Etat par les réformes et les charités qu'elles entraînent, il montre que celles des oreilles ne lui causent pas un moindre préjudice. A défaut d'une statistique exacte, il invoque le grand nombre de médecins otologistes s'occupant exclusivement de cette spécialité dans toutes les villes de quelque importance en Allemagne et qui ne peuvent exister sans qu'il y ait un nombre correspondant d'affections auriculaires.

Et rappelant la fréquence banale des rhumes de cerveau et des catarrhes de la muqueuse naso-pharyngienne, plus ou moins associés aux affections des oreilles, et la fréquence de celles-ci succédant à la grippe, la diphthérite, la coqueluche, les fièvres éruptives, les tubercules, la scrofule et la syphilis, il justifie sa demande, en montrant combien d'enfants sont ainsi arrêtés dans leur instruction, leurs concours, leurs examens et plus tard dans leur carrière même, par une dureté de l'ouïe méconnue ou négligée. Que de professeurs, d'officiers, de juges et de fonctionnaires de l'Etat sont ainsi mis à la retraite avant l'âge, par cause de surdité. De là des pertes pécuniaires considérables pour l'Etat, et trop souvent la mort même des individus, rendant la mortalité plus grande par le fait de suppurations otorrhéiques que par les maladies des yeux.

Sur 38489 sourds-muets existant en Allemagne, un cinquième, suivant le postulant, pourraient guérir, si la maladie était traitée à temps et convenablement. Et c'est ce qui arriverait si tous les médecins avaient les connaissances voulues à cet effet et si on les obligeait à en justifier. (*Journ. of otology.*)

Tout en admettant l'exagération que l'on peut attendre d'un spécialiste, il y a certainement là une grande part de vérité, dont on devrait profiter en France pour instituer

l'enseignement spécial de l'otologie dans nos Facultés. C'est aux jeunes spécialistes à montrer l'utilité de cet enseignement par leurs cours et leurs guérisons.

OVARIOTOMIE. Si la réforme du mot hystérectomie est exacte et logique d'après l'étymologie grecque, suivant M. Dechambre, celui d'ovariotomie devrait aussi être remplacé à l'avenir par ovariectomie, désignant plus exactement l'excision ou l'ablation des ovaires.

Indications et contre-indications. Effet ou non de l'habitude d'écrire *ex professo*, le continuateur du *Traité de pathologie externe* de Follin, M. S. Duplay, a cherché à poser des limites à la tentation que tout chirurgien éprouve aujourd'hui, en présence des succès de Spencer Wells, de Kœberlé, de Péan, de pratiquer l'ovariotomie dès qu'il en rencontre l'occasion. Ce n'est pourtant pas qu'une vaste expérience autorise l'auteur à ce rôle de Mentor; mais, comme s'il eût été frappé de nombreuses et graves erreurs à ce sujet, il pose l'obligation d'une ponction préalable, comme condition essentielle à son exécution pour assurer un diagnostic rigoureux. Il repousse formellement l'opération précoce et ne la trouve justifiée que par le volume gênant et insupportable du kyste, ou devenant un danger pour la vie par les troubles et les accidents qu'il détermine. Mais il la trouve absolument contre-indiquée dès qu'une maladie locale ou générale, indépendante, peut à elle seule entraîner la mort.

Les inflammations, les suppurations, les gangrènes locales, même les plus graves, n'en contre-indiquent pas, au contraire, l'exécution tardive, non plus que l'état des parois ou les adhérences du kyste, sinon son contenu. Les kystes séreux non albumineux, ou du parovarium, sont en effet curables sans l'excision. Les adhérences vers le petit bassin s'étendant à l'utérus, la vessie ou le rectum, doivent aussi faire craindre une affection maligne et indiquent de surseoir à l'opération. Mais, sauf ces deux exceptions, rien ne s'y oppose. La grossesse même ne contre-indique pas l'ovariotomie, quand la vie de la mère ou celle de l'enfant sont subordonnées à son exécution. (*Acad. de méd.* et *Archiv. de méd.*, janvier.)

Ces préceptes généraux n'ont rien que de très sage; mais est-il toujours possible de s'y conformer devant les difficultés imprévues qui se présentent chaque jour? La science n'aurait jamais conquis cette grande opération avec cet esprit de sagesse académique. Les plus osés en ont seuls démontré l'innocuité. Pourquoi ne pas respecter leur initiative audacieuse? C'est l'essence de l'esprit académique de mettre ainsi d'avance un frein à toutes les témérités et de ne reconnaître, de n'encourager que les progrès accomplis. Aussi M. Duplay est-il entré à l'Académie par ce travail contre un concurrent dont les succès, bien autrement brillants, remplissent le monde de sa renommée.

Deux succès très remarquables, obtenus par l'auteur, semblent pourtant autoriser toutes les audaces à cet égard, sans montrer l'urgence, la nécessité absolue de la ponction préalable, au contraire. Une phlegmatia alba dolens du membre inférieur la suivit ainsi, dans le premier cas, avec altération plus rapide de la santé. Il s'agissait d'une fille nullipare, de vingt-six ans. Après l'extraction et l'ablation d'un premier kyste dermoïde énorme, un second se découvre à gauche, en procédant à la toilette du péritoine. Il fut excisé séance tenante et se trouva de la même nature que le premier et pesant 400 grammes. C'était donc une erreur de diagnostic. Et, malgré trois heures de durée, cette excision double fut suivie d'une guérison complète, car, six mois après, l'opérée avait sensiblement grandi.

Même erreur chez une femme de quarante et un ans, nullipare, qui, après la cessation de ses règles à trente-neuf ans, a vu son ventre augmenter. Une ascite étant manifeste, la paracentèse est pratiquée et permet de diagnostiquer un kyste multiloculaire compliqué de corps fibreux de l'utérus prolabé, avec cystocèle et rectocèle s'opposant à l'examen vaginal.

Ponction du kyste le 28 septembre, et ovariotomie le 23 octobre seulement. Adhérences considérables et nombreuses. Mais, l'excision faite, on trouve une seconde tumeur, grosse comme les deux poings, inégale, bosselée, dure, remplissant la fosse iliaque droite. C'était un nouveau kyste très adhérent, de 470 grammes, qui avait été pris pour un corps fibreux de l'utérus.

Cette opération laborieuse avait duré deux heures, et

malgré, ou plutôt à cause de cette excision double, il n'y eut aucune complication, et l'opérée guérit à la fois de ses kystes, de son ascite et de ses trois hernies, qui furent réduites par le fait même de l'opération. (*Arch. de méd.*, avril.)

L'enseignement de ces deux faits est donc plutôt le danger des erreurs de diagnostic que l'utilité des ponctions préalables, qui peuvent toujours déterminer des adhérences pariétales.

Nuage phéniqué. De grands avantages ont été attribués à son emploi dans ces dernières années. Cinq ovariotomies pratiquées dans les salles de la Maternité de Paris par MM. Polaillon et Lucas-Championnière, sous le nuage phéniqué et tous les adjuvants de la méthode antiseptique, ont ainsi donné cinq succès, dans ce milieu autrefois réputé le plus dangereux aux femmes en couche. V. Opération césarienne.

Ce moyen n'est pourtant pas infaillible, car, sur cinquante ovariotomies exécutées à l'hôpital, en employant le pansement de Lister dans tous les cas, le docteur Schrœder a eu néanmoins sept décès. (*Berl. med. Woch.*, nº 1.)

Comme preuve de sa valeur antiseptique, Spencer Wells a fait valoir la diminution graduelle de la mortalité de ses ovariotomisées, à mesure qu'il avait employé ce pansement plus scrupuleusement, et surtout le succès obtenu chez les 38 dernières opérées, sans un seul décès, en l'employant strictement, *strictly*. Les chiffres de mes statistiques démontrent péremptoirement l'efficacité de la méthode antiseptique, a-t-il répondu aux récentes attaques dont elle a été l'objet par quelques chirurgiens anglais.

Perforation consécutive de l'intestin. Si l'intestin peut être accidentellement lésé en pratiquant l'ovariotomie, comme deux exemples en sont cités en 1877, cet accident ne paraît pas si redoutable que les lésions spontanées de l'intestin coexistantes lors de l'ovariotomie. Une perforation peut en effet s'ensuivre et faire perdre ainsi tout le bénéfice de cette opération. Une femme de trente-six ans, qui avait présenté des symptômes de péritonite typhoïde, ayant été reconnue atteinte d'un kyste de l'ovaire par Spencer Wells, fut ova-

riotomisée par le docteur Bantock quatre mois après. Il rencontra un vaste kyste purulent dont la paroi postérieure adhérait fortement à l'ileum dans une étendue de 5 à 6 pouces. Ces adhérences furent divisées ; mais des vomissements survinrent dans la nuit ; la température s'éleva du quatrième au sixième jour de l'opération, et, malgré l'enlèvement des sutures, une violente douleur épigastrique survint le huitième jour, et la malade succomba en peu d'heures.

A l'autopsie, faite par M. Doran, la cavité du péritoine était remplie de matière fécale liquide, provenant d'une ulcération de l'ileum située au-dessus de la partie adhérente au kyste, laquelle, par suite du vide résultant de l'enlèvement du kyste, s'était attachée à d'autres anses et si étroitement nouée qu'il en résultait une obstruction presque complète. La muqueuse était très enflammée, surtout dans la direction des vaisseaux des valvules conniventes, mais sans trace d'hypertrophie des glandes de Peyer.

M. Howse s'étonne que cet accident ne soit pas plus souvent signalé, car il en a observé un semblable chez une femme de trente-six ans, ayant un kyste de l'ovaire et ayant présenté, six mois avant, des vomissements rebelles avec des symptômes de péritonite. Opérée quelques mois après de deux vastes kystes, un de chaque côté, sans adhérences notables, les vomissements reparurent avec des symptômes d'obstruction. Après la mort, on trouva une anse d'intestin à 9 pouces au-dessous de la valvule iléo-cæcale, tordue sur elle-même, avec de vieilles adhérences aux anses voisines, qui paraissaient dater des premiers symptômes péritonéaux. Il attribua ainsi l'obstruction aux troubles produits par l'enlèvement du kyste. (*Pathol. Society*, 18 février.)

Si la pathogénie de cet accident n'est pas complètement élucidée, il n'en reste pas moins une pierre d'achoppement de l'ovariotomie. Les symptômes péritonéaux peuvent être rapportés sans doute à la formation du pus dans le kyste, et il est ainsi indiqué de porter la plus grande attention à ces symptômes, aux adhérences et aux accidents mortels signalés ici, pour la première fois, comme pouvant être une conséquence directe et immédiate de l'ovariotomie.

Perforation de la vessie. Cet accident est arrivé dans une ovariotomie des plus laborieuses, faite le 14 mai, pour un

kyste de l'ovaire droit, chez une célibataire de quarante et un ans, dans un état presque cachectique. Après la *dissection* de la tumeur, ce qui aurait dû être une *énucléation*, malgré beaucoup d'adhérences fibreuses et vasculaires, l'opérateur fut surpris de voir du liquide s'écouler incessamment des parties inférieures de la cavité abdominale. On pensa à une ascite; mais, ayant eu l'idée d'introduire une sonde dans la vessie, M. Vanverts trouva celle-ci ouverte par une incision de plusieurs centimètres de longueur. Trois ligatures au catgut la fermèrent aussitôt, et, en les abandonnant dans le péritoine, on s'attendait aux plus redoutables accidents. Aucun, immédiat ni éloigné, ne se produisit; au contraire, pendant les huit à dix premiers jours, et malgré des efforts consécutifs de défécation et une congestion du poumon droit avec troubles cardiaques, cette femme guérit parfaitement. Cette cicatrisation de la vessie est donc un fait des plus rares et des plus extraordinaires. (*Soc. centrale* et *Bulletin méd. du Nord*, juin.)

Lésions des organes urinaires. Les recherches faites à ce sujet par M. Eustache lui ont montré que :

1° La blessure et l'extirpation du rein ont été suivies de mort dans le seul cas connu ;

2° La lésion des uretères dans trois cas a été chaque fois suivie de guérison ;

3° Quand l'uretère aura été divisé, il faudra, séance tenante, en pratiquer la suture; si celle-ci est impossible, on enclavera le bord supérieur dans les parois de la vessie; enfin, si une fistule utéro-abdominale se produit, on devra pratiquer une voie artificielle allant de la vessie à la fistule;

4° Dans douze cas d'ouverture de la vessie, il y a eu neuf guérisons et trois morts ;

5° Lorsqu'on ouvrira cet organe pendant l'opération, on suturera immédiatement les bords avec du catgut phéniqué et on placera une sonde à demeure pendant sept jours. Si l'ouverture se fait postérieurement, une sonde à demeure et quelques cautérisations en viendront aisément à bout;

6° Dans tous ces cas, le traitement consécutif sera surveillé avec le plus grand soin. L'emploi minutieux et méthodique des pansements antiseptiques arrivera le plus souvent à assurer le succès.

Réduction du pédicule. Depuis que l'usage du fil de catgut s'est répandu pour le suturer, on ne craint plus de laisser le pédicule dans la cavité abdominale. Au lieu de le fixer au dehors avec le clamp comme autrefois, ce qui empêche les opérées de se lever, la règle, surtout lorsqu'il est court, est de le laisser dans l'abdomen, sans qu'il s'ensuive d'hémorrhagie, que l'on redoutait tant. La plupart des faits mentionnés dans la dernière statistique de Spencer Wells sont ainsi avec réduction du pédicule, et MM. Tillaux, Terrier et Duplay en font de même, en laissant presque toujours le pédicule dans le ventre. S'il est trop gros, il suffit de passer un double fil au milieu et de suturer chaque moitié séparément, pour prévenir l'hémorrhagie et la péritonite consécutive.

Un voyage fait à l'étranger a permis à M. L. Labbé de se convaincre que plusieurs chirurgiens anglais et allemands ont aussi adopté cette pratique, à laquelle il se conforme d'ailleurs depuis longtemps, aussi bien dans l'ovariotomie que dans l'hystérectomie, où cette réduction lui paraît surtout rationnelle. Voy. HYSTÉRECTOMIE.

La réduction du pédicule paraît aussi avoir des avantages au docteur Terrier, d'après les résultats de sa pratique. Sur 22 ovariotomies pratiquées pour quatorze kystes multiloculaires d'un seul ovaire et cinq des deux, un kyste uniloculaire et deux kystes dermoïdes, lui ayant donné 20 guérisons, seize ont été obtenues dans les dix-huit cas où le pédicule a été fixé au dehors et les quatre autres dans les quatre cas où le pédicule a été réduit dans le ventre. La comparaison n'est pas très concluante par la différence des chiffres; mais les résultats le sont davantage. La fixation du pédicule entre les lèvres de la plaie amène parfois des tiraillements douloureux; une suppuration abondante et fétide s'y développe autour, du quatrième au huitième jour, avec fièvre et rétention d'urine fréquente. Un bourgeonnement se produit aussi quand les fils tombent, du onzième au douzième jour, qui nécessite la cautérisation au chlorure de zinc. Une plaie fistuleuse persiste souvent d'ailleurs après tous ces accidents, ce qui rend la guérison incomplète.

Par ce procédé, on ne peut permettre aux opérées de se lever avant le vingt-cinquième ou le trentième jour, tandis

qu'elles guérissent beaucoup plus vite avec la réduction du pédicule. (*Soc. de chir.*, octobre.)

Drainage abdominal. La mortalité de l'ovariotomie dans les cas d'adhérences étant de 1 sur 8, d'après Spencer Wells, quoique moindre dans d'autres statistiques, doit être attribuée, suivant le docteur Pienson, au shock, à la péritonite et à la septicémie résultant de la rupture de ces adhérences. La mortalité est ainsi deux fois moins considérable dans les cas où elles n'existent pas.

Afin de diminuer cette mortalité, l'auteur propose de ne pas rompre ces adhérences. Après avoir ponctionné le kyste découvert, on l'ouvre pour y introduire la main et en explorer l'intérieur, afin de s'assurer de l'existence des adhérences. L'exploration externe nous semble plus facile et plus sûre. Quoi qu'il en soit, il propose d'exciser seulement les parties libres des parois du kyste et d'attirer au dehors celles qui sont compliquées d'adhérences. Il les suture alors à l'incision abdominale et établit un drainage à demeure, pour en amener la destruction par la suppuration. (*Amer. journ. of med. sciences.*)

Sans pouvoir juger cette modification, puisque les faits manquent, elle paraît bien compliquée et aussi dangereuse que le drainage vaginal, malgré l'emploi de la méthode antiseptique. Elle peut être cependant une ressource quand les adhérences siègent à la partie antérieure.

Mortalité. Sur 17 ovariotomies, dont 2 doubles, pratiquées en 1878 par M. Kœberlé, il n'y a eu qu'un seul cas de mort. C'était un kyste multiloculaire hémorrhagique, énorme, compliqué d'adhérences très étendues, avec fièvre et mauvais état général. La mort survint dix-huit heures après. C'est un total de 100, avec celles des quatre années précédentes, dont 89 guérisons. La mortalité de 11 pour 100 est donc bien faible, en raison de la gravité de l'opération; mais elle peut diminuer encore, puisque, dans les 78 dernières pratiquées par Spencer Wells, il n'y avait eu que 7 décès. (V. année 1878.)

Les résultats consignés par M. Péan dans sa dernière statistique, de 1876 et 1877, ne sont pas à beaucoup près aussi satisfaisants. Sur 42 ovariotomies, il n'a eu que 30 succès

et 12 insuccès, malgré les 5 kystes dermoïdes ayant donné 5 guérisons comme les précédents. Réunis aux 149 cas précédents et aux 4 ovariotomies doubles, c'est un total de 195 ovariotomies, donnant 46 morts, soit la proportion de 23,53 pour 100. C'est plus du double de M. Kœberlé. (Voy. *Clinique chirurg.*, page 88.)

Sur 22 ovariotomies, dont 19 pour des kystes multiloculaires, existant sur les deux ovaires dans 5 cas, M. Terrier n'a eu que 2 morts, soit 9 pour 100. C'est donc le plus beau succès obtenu jusqu'ici en France, ce que l'auteur attribue au pansement de Listen et à la réduction du pédicule. M. Dezanneau, au contraire, a eu 4 insuccès sur 15 ovariotomies, et encore 9 guérisons seulement ont été définitives, car 2 opérées ont ensuite succombé à un cancer généralisé. (*Soc. de chir.*, octobre.)

On the postural treatment of tympanites intestinalis following ovariotomy (Inversion dans le traitement de la tympanite intestinale consécutive à l'ovariotomie), par Edw. Jenks, professeur de gynécologie au collège de Détroit. New-York.

Il s'agit d'un fait unique, mais si frappant qu'il mérite d'être connu, car cet accident est si grave, d'après Peaslee et Kœberlé, qu'il suffit à entraîner la mort. C'était chez une célibataire de quarante-six ans, ovariotomisée d'un kyste multiloculaire gauche, pesant 28 livres et pourvu d'un pédicule long et volumineux. Sauf quelques vomissements et de la tympanite survenus les premiers jours, l'opérée était arrivée sans encombre au vingt-troisième jour de sa convalescence, lorsqu'une tympanite se développa rapidement, malgré les excitants heureusement employés au début. Aucune expulsion de gaz ne put être obtenue pendant trois jours consécutifs, et, lorsqu'on voulut introduire un lavement forcé, le tube ne put dépasser la valvule sygmoïde que l'on crut être le siège de l'obstruction. Les symptômes les plus graves existaient : hoquet, vomissements, défaillances, lorsque, avant de ponctionner l'intestin, M. Jenks, aidé du professeur Andrews, plaça cette femme, réduite à l'état de cadavre, la tête en bas. Immédiatement, une sortie bruyante de gaz eut lieu, dont la patiente éprouva un si grand soulagement qu'elle reprit connaissance, en se plaignant de l'état

dans lequel elle se trouvait. Ce fut sa guérison. (*Amer. journ. of obstetrics.*)

Ovariotomie normale. A mesure que se multiplient les cas et les guérisons de castration de la femme, cette opération redoutable se justifie de plus en plus, et les indications en deviennent plus précises. Trente-cinq observations détaillées et authentiques en sont aujourd'hui connues, dont onze par Battey, son auteur aux Etats-Unis; 9 par Hegar, son propagateur en Allemagne, et sept par Sims en Angleterre. Gaillard Thomas en a pratiqué trois, et Peaslee une à New-York; deux ont été faites par Trenholme au Canada et deux autres en Allemagne, dont une par M. Kœberlé, de Strasbourg. C'est la seule que l'on puisse revendiquer en France.

Les résultats en sont ainsi répartis :

	GUÉRISONS.	AMÉLIORATIONS.	AGGRAVATIONS.	MORTS.
Battey........	2	5	2	2
Hegar........	5	2	»	2
Sims.........	1	1	3	2
G. Thomas...	2	»	»	1
Trenholme....	2	»	»	»
Kœberlé......	1	»	»	»
Freund.......	»	»	»	1
Peaslee.......	»	»	»	1
Total.	13	8	5	9

Cette mortalité d'un quart seulement, après une opération aussi grave et délicate, est vraiment surprenante. Vingt-six ou vingt-sept opérées en ont en effet guéri; car l'opération tentée par le vagin sur l'une d'elles, par M. Sims, a dû être abandonnée, et il n'est pas dit explicitement si elle a survécu. Dans une lecture faite au dernier Congrès des naturalistes allemands, le professeur Hegar a évalué la mortalité de cette opération, la castration féminine, à 16,69 pour 100 sur quarante-deux opérations. C'est donc une proportion inférieure à celle de l'ovariotomie.

Cette innovation, qualifiée de téméraire, audacieuse, lorsqu'elle fut importée d'Amérique, n'est donc pas aussi redoutable qu'elle le paraît. Le chirurgien allemand a été le plus

heureux, et c'est au contraire le gynécologiste américain, Sims, qui a obtenu le moins de succès, une seule guérison sur sept opérations, et encore, dans cinq cas, n'avait-il extirpé qu'un ovaire. Les sept autres extirpations partielles d'un seul ovaire sont également dues à Battey et G. Thomas, c'est-à-dire exclusivement aux chirurgiens américains. Mais Sims donne actuellement l'avis de les exciser ensemble dans tous les cas.

L'incision vaginale, d'origine américaine, a été employée dix-neuf fois, et douze fois seulement la section abdominale, comme dans l'ovariotomie ordinaire. Mais Sims lui donne actuellement la préférence, et Battey lui-même a explicitement adopté cet avis, surtout dans le cas d'adhérences, parce que, trois fois, il n'a pu enlever complètement les ovaires par le vagin et n'a obtenu que des insuccès. Le manuel opératoire est donc changé. (Voy. *année* 1878.)

Les troubles de la menstruation et les douleurs locales en résultant, la névralgie ovarienne, les accès d'hystéro-épilepsie, étaient dans le principe les seules indications de cette ablation de l'ovaire. Les Américains ne l'ont pratiquée que dans ces cas, comme moyen radical de faire cesser les accidents. Hegar les a étendues aux cas de fibromes utérins provoquant des hémorrhagies qui mettent la vie en danger. Tous les autres moyens échouant, il pratique l'ovariotomie, si l'ablation de la tumeur fibreuse paraît offrir plus de danger, et il détermine ainsi la ménopause.

Sur cinq nullipares, de trente-sept à quarante-quatre ans, chez lesquelles il a pratiqué ainsi l'ablation des deux ovaires, une seule est morte. Les quatre autres ont guéri avec cessation de la menstruation et de toute hémorrhagie. Le fibrome a même diminué de volume. C'est donc là un moyen d'en prévenir la dégénérescence en en diminuant la vascularité.

Freund a échoué dans un cas semblable. Marion Sims a aussi étendu l'indication de cette ovariotomie normale aux cas d'absence ou d'atrésie de l'utérus, lorsque le molimen menstruel détermine des accidents graves, de même que dans tous les cas où l'ovaire est le siège d'anomalies, d'altérations ou de lésions et la cause d'accidents incurables autrement. Ce n'est donc plus là une opération à rejeter, mais à préciser. Pour mieux l'accueillir, il faut se rappeler que

les deux plus grandes innovations chirurgicales de ce siècle : l'anesthésie et l'ovariotomie, sont venues de ce pays où la castration des femmes est préconisée et pourra devenir un puissant moyen de diminuer les souffrances de leurs maladies spéciales. (*Arch. de méd.*, avril.)

On est si familiarisé avec l'ovariotomie, et ses succès sont si imposants, qu'il n'y a plus qu'à en étendre les applications à toutes les maladies organiques des ovaires, pour la faire accepter.

Quatre nouveaux exemples de cette opération ont été relatés par le professeur Goodell, de Philadelphie, à la dernière séance annuelle de la Société de médecine de l'Etat. Les désordres de la menstruation s'accusant par l'émaciation, l'hystérie, l'épilepsie, l'aliénation, en ont été les motifs déterminants. Il y a eu deux succès, une amélioration, dans la santé générale, bien que l'aliénation persiste, et un décès. Voici le résumé succinct de ces faits.

I. Célibataire, de trente-trois ans, souffrant trois semaines par mois de ses règles, parfois profuses. Col virginal, antéflexion de l'utérus, avec tumeur fibreuse sous-péritonéale. Les douleurs persistant, malgré tous les moyens, l'excision vaginale des deux ovaires est pratiquée le 4 octobre 1877, sur l'exemple de Trenholme. Cessation immédiate des douleurs avec la menstruation, réduction rapide du fibrome, qui, six mois après, était du volume d'une noisette, sans causer de malaise. Aucun changement dans le caractère, ni dans l'extérieur.

II. Célibataire de vingt-sept ans, ayant des métrorrhagies profuses avec douleurs intolérables persistantes dans la région des ovaires. Aucune lésion de l'utérus. Emaciation considérable : soixante-sept livres seulement. L'excision vaginale des ovaires est faite en secret, le pédicule étant lié, l'un avec un fil de soie, l'autre avec le catgut. Celui-ci se rompt, et l'on applique l'écraseur. Un petit abcès en résulte. Cessation de la menstruation, et la guérison est si apparente, sans changement de la voix, ni du caractère, ni de l'extérieur, que chacun s'étonne d'une guérison si rapide.

III. Femme mariée, de 37 ans, mère de trois enfants dont le dernier a dix ans. Souffre constamment depuis dans le bassin, surtout aux époques menstruelles, malgré l'usage habituel de l'opium. Réduite au dernier degré de marasme,

en mai 1878. Utérus normal, sauf un peu d'engorgement. Une névralgie ovarienne est diagnostiquée. Extirpation vaginale des ovaires le 26 mai. Hémorrhagie consécutive; ovaires congestionnés. Une péritonite localisée se déclare dès le lendemain et emporte l'opérée quatre jours après.

IV. Femme mariée, de 38 ans, dont le cerveau s'est dérangé pendant la maladie d'un enfant en 1875. Hallucinations terrifiantes avant chaque époque, pendant trois ans, avec prolongation croissante, au point de ne plus laisser que huit à dix jours d'intervalle chaque mois. Aucun résultat du séjour des asiles. Utérus congestionné et hypertrophié, mesurant trois pouces et demi; sensibilité extrême de la région ovarienne. L'excision vaginale des deux ovaires est faite le 23 novembre 1878, pour anticiper la ménopause. Malgré la force employée pour la tenir au lit, aucun symptôme fébrile n'eut lieu. La menstruation cessa, sans que l'état mental en soit amélioré, et cependant, l'indication de l'ovariotomie normale paraît si précise à l'auteur en pareil cas, qu'il se proposait de la pratiquer de nouveau chez une fille épileptique dont le début des accès datait de la première menstruation.

Sur cinquante-un cas d'ovariotomie normale qu'il a collectés, M. Goodell a trouvé quinze décès, dont onze résultant de l'incision abdominale sur trente-un cas, et quatre seulement sur vingt cas d'incision vaginale. De là sa préférence pour celle-ci, sa moindre gravité par le traumatisme réduit du péritoine et la facilité pour le drainage des liquides. N'ayant éprouvé aucune difficulté à saisir et exciser les ovaires par cette voie, il admet en principe que l'on doit toujours commencer par elle, comme plus sûre, sauf à ouvrir l'abdomen ensuite, si l'on y est obligé par les adhérences ou toute autre difficulté, car l'incision vaginale sert alors pour le drainage de la plaie. Voici d'ailleurs la comparaison faite par l'auteur de ces deux opérations :

L'incision abdominale réclame, comme dans l'ovariotomie, l'emploi du nuage phéniqué et de toutes les précautions minutieuses du pansement de Lister, pour plus de sécurité ; elle s'étend assez bas pour risquer de léser parfois la vessie, et chaque pédicule doit être ligaturé avec le catgut laissé à demeure, tandis que rien de semblable n'a lieu dans l'incision vaginale. Il suffit, le spéculum appliqué,

de saisir avec un ténaculum la muqueuse post-cervicale, que l'on ouvre par un coup de ciseau, ainsi que le péritoine adhérent. L'index gauche est introduit dans cette ouverture, et, l'utérus étant abaissé et maintenu en place de la main droite, l'index va à la recherche de chaque ovaire et, recourbé en crochet, les amène successivement dans l'incision, où, saisis par une pince fenêtrée, ils sont amenés dans le vagin. Le pédicule est alors traversé entre le ligament ovarien et l'oviducte, avec une aiguille armée d'un double fil de catgut servant à les lier séparément. L'ovaire est excisé, le fil coupé à ras du nœud, et le surplus replacé dans la cavité pelvienne. L'incision est ensuite fermée avec un ou deux points de suture, pour prévenir la sortie de l'intestin; mais aucune hernie n'eut lieu sans cela dans un cas, et une petite hémorrhagie veineuse s'ensuivit seulement une fois.

Cette opération ne met pas toujours fin à la menstruation et manque parfois son but, quand elle est faite dans cette intention. Sur cent trente-deux cas de double ovariotomie pendant la vie menstruelle, collectés par l'auteur, il y eut persistance régulière des règles chez quinze femmes, et, chez neuf, elles furent irrégulières ou diminuées. Cette persistance de la menstruation peut résulter sans doute d'une excision incomplète, laissant une partie du stroma ovarien en place; mais l'existence du troisième ovaire ou ovaire accessoire est beaucoup plus probable. Kock a soumis ainsi au Congrès médical de Cassel, l'année dernière, un utérus cancéreux amputé auquel adhérait un troisième ovaire constaté par le docteur R. Simpson, d'Edimbourg. (*Edinb. med. journal*, janvier.) M. Puech a collecté plusieurs exemples semblables dans les *Annales de gynécologie*, et, sur trois cent cinquante autopsies, Beigel a constaté huit fois un ovaire supplémentaire.

Du volume d'un grain de chènevis à celui d'une merise, ces ovaires accessoires sont réunis par un pédicule grêle. Beigel en rencontra trois, attachés au même ovaire, et Waldeyer jusqu'à six, formés d'un tissu ovarien normal et contenant les vésicules de Graaf à divers degrés de développement, ainsi que des débris de corps jaunes. Ainsi s'explique la persistance de la menstruation et même la conception après une double ovariotomie. Les deux cas signalés par Atlee, où les femmes restèrent menstruées et

accouchèrent après l'excision d'un ovaire et la ponction répétée de l'autre, ne peuvent guère être interprétés autrement.

D'après les exemples connus, cette castration de la femme après la puberté ne la change pas plus de sexe que l'homme; l'un et l'autre sont frappés de stérilité, mais non d'impuissance; les sentiments sexuels sont ressentis par elle autant qu'avant, comme M. Kœberlé l'a constaté dans plusieurs cas et que d'autres ovariotomistes ont pu s'en assurer. Cette opération, encore dans l'enfance, est donc destinée, en se perfectionnant, à devenir une précieuse ressource contre les troubles moraux et physiques de la vie menstruelle restés jusqu'ici au-dessus des ressources de l'art. (*Boston med. and surg. journal*, n° 25, juin.)

Ovariotomie vaginale. Les succès obtenus par cette voie naturelle dans l'ovariotomie normale ont tenté quelques chirurgiens gynécologistes américains d'y recourir pour l'excision des kystes dans certains cas exceptionnels. Goodell, Gilmore et Battey y ont eu successivement recours dans ces dernières années, et voici que le docteur Gaillard, de New-York, en a obtenu un succès remarquable. C'était une femme de trente-cinq ans, atteinte d'un petit kyste mobile, du volume d'une orange, situé derrière l'utérus et qui remplissait complètement le cul-de-sac de Douglas, pendant la station et la supination. Douloureux à la pression, ce kyste pouvait être poussé en dehors de la cavité pelvienne.

Craignant d'épuiser sa malade par la ponction et un drainage prolongé, et admettant qu'une incision dans la partie la plus déclive du péritoine par le vagin était moins dangereuse que la gastrotomie, si l'on laissait acquérir au kyste un grand développement, M. Gaillard eut recours à l'opération suivante :

La femme, anesthésiée, fut placée dans la position genu-pectorale et maintenue avec l'appareil de Bozeman. Une longue bougie de 12 centimètres fut introduite dans le rectum, et, en soulevant la paroi vaginale postérieure et le périnée avec le spéculum de Sims, l'opérateur saisit avec le ténaculum une portion du vagin entre le col utérin et le rectum, et pénétra ainsi directement dans le péritoine par une section avec des ciseaux.

Remarque importante : une épaisseur considérable existe parfois chez les femmes grasses entre la paroi vaginale et la surface péritonéale, et il est souvent utile de répéter le coup de ciseau pour pénétrer dans la cavité abdominale. La paroi du vagin sectionnée du premier coup, on saisit le péritoine avec le ténaculum, que l'on sectionne ensuite sûrement, ce qui se fait en un seul temps chez les femmes maigres, comme dans le fait actuel.

Cela fait, la malade fut placée dans le décubitus dorsal. Introduisant le doigt dans l'incision, l'opérateur sentit très distinctement la tumeur et put la saisir avec un ténaculum. Avec un trocart très fin, il fit alors trois ponctions successives, qui correspondaient à trois cavités kystiques, et obtint ainsi environ 250 grammes de liquide, dont la couleur rappelait celle de la bile. Il fut dès lors facile, par de légères tractions, d'attirer le sac dans le vagin.

Pour le dernier temps de l'opération, on plaça la malade dans le décubitus latéral, et l'on introduisit de nouveau le spéculum de Sims. L'opérateur coupa le sac, après avoir placé une ligature sur le pédicule, et replaça le tout dans la cavité abdominale.

L'opération avait duré trente-cinq minutes et s'était accomplie sans difficultés sérieuses. La guérison s'effectua rapidement, bien que la malade ait eu, douze jours après l'opération, par suite d'une imprudence, un phlegmon pelvien. (*Gaz. hebd.*, nº 23, juin.)

L'ovariotomie, pratiquée par le vagin, semble beaucoup moins dangereuse que lorsqu'elle entraîne la section de la paroi abdominale. Une plaie se cicatrise plus vite dans le vagin que sur la paroi abdominale. D'autre part, la péritonite aiguë est d'autant moins à craindre que le traumatisme est plus éloigné du diaphragme. Enfin, le procédé opératoire est d'une application facile, et il permet à la malade d'éviter les longs mois d'anxiété qui précèdent ordinairement les opérations pratiquées sur l'ovaire. Aussi les chirurgiens américains ont-ils une tendance très marquée à préférer la voie vaginale pour l'extraction des fibromes ou polypes utérins. (Voy. *ce mot.*)

P

PANSEMENT PHÉNIQUÉ. *Inutilité de la pulvérisation.* Parmi le luxe des précautions infinies et minutieuses recommandées par M. Lister, une des plus importantes est la pulvérisation de la solution phéniquée, que l'on dirige comme un jet de vapeur sur la plaie pendant l'opération, afin d'empêcher le contact des germes ambiants de l'air atmosphérique avec elle. Le professeur M. Perrin a voulu savoir à quoi s'en tenir sur son efficacité, et, conjointement avec M. Marty, professeur de chimie au Val-de-Grâce, il a institué des expériences en soumettant séparément sous une cloche ou dans des ballons une décoction d'orge, de l'urine, du lait et du sang, exempts de tout organisme, à l'action de l'air ordinaire, de l'atmosphère d'une salle de malades, et de celle de l'air phéniqué dans les mêmes conditions de temps et de température. Or il s'est assuré, à plusieurs reprises, que les pulvérisations d'acide phénique n'exercent aucune influence sur l'évolution des germes atmosphériques au sein des liquides de culture, ni sur les phénomènes de putréfaction qui en sont la conséquence. Au contraire, le sang et l'urine conservés au contact de l'air dit *aseptique* étaient plus altérés que dans l'air septique : preuve que l'ensemencement atmosphérique s'opère d'une façon irrégulière, intermittente, et que les pulvérisations d'une forte dose d'acide phénique ne modifient pas l'état de l'air vicié. Des monades et des vibrions vivants ont été ainsi rencontrés dans les liquides mis au contact de l'air phéniqué, comme dans ceux qui étaient à l'air dans les salles de malades.

Fondé sur ces résultats expérimentaux, M. Perrin conteste toute base scientifique au pansement phéniqué, quant à sa prétendue action destructive des germes ferments de l'air. Il y a dans tout phénomène d'altération putride, plus ou moins analogue au phénomène de fermentation, deux éléments inséparables : le germe et le terrain propre à la culture. Or le pansement phéniqué ne s'attaque qu'au premier, au germe, dont la destruction est des plus difficiles, à en juger d'après MM. Tyndall et Pasteur même. Ils enseignent que les germes atmosphériques, sous un certain état

de leurs transformations, l'*état corpusculaire*, échappent à la plupart des causes de destruction connues : la chaleur à 140°, l'acide phénique, l'alcool, etc. De là l'inefficacité des résultats expérimentaux obtenus avec la pulvérisation de l'acide phénique. Il attribue les résultats cliniques et statistiques invoqués en faveur de ce pansement compliqué à une bonne réunion immédiate, complétée par l'usage du drain, et des pansements surveillés et bien faits, comme la plupart des chirurgiens les pratiquent.

Il préfère donc l'usage de l'alcool et l'emploie exclusivement, depuis que Nélaton en a montré les grands avantages. Il rend imputrescibles les liquides albumineux et possède un pouvoir coagulant considérable; c'est un hémostatique excellent, surtout contre l'hémorrhagie en nappe des capillaires; il imbibe rapidement le coton et pénètre dans la trame des tissus sans exercer sur eux l'action irritante de l'acide phénique, irritation assez nuisible pour que Lister lui-même en préserve la plaie par son *protective* ou gaze phéniquée, ce qui n'empêche pas cette irritation de déterminer l'érythème et même l'érysipèle de la peau, suivant le témoignage autorisé de M. L. Lefort et de l'aveu même du professeur Langenbeck et Holmes. Wolkman lui-même, fanatique de ce pansement, a substitué le thymol à l'acide phénique, en raison même de cet accident.

Rien de semblable ne s'observe avec l'alcool. Il ralentit le travail de cicatrisation et nuit au développement régulier des bourgeons charnus quand il est trop concentré; mais, additionné de son volume d'eau, il n'a aucun de ces inconvénients. Les résultats statistiques, quoique plus limités que ceux du pansement phéniqué, ne sont pas moins favorables et les détails de ce pansement à l'alcool sont beaucoup moins compliqués. Telles sont les conclusions de ce mémoire intéressant, qui a soulevé une longue discussion à la Société de chirurgie.

Il n'est pas scientifique, pour M. Verneuil, d'opposer ainsi un pansement à un autre, faisant partie de la méthode antiseptique, comme les pansements ouatés, et à l'alcool camphré. Ils ne s'appliquent pas également aux mêmes cas. Il faut en varier l'emploi selon les indications. C'est la loi clinique. L'irrigation continue de l'alcool dans les fractures compliquées est ainsi très gênante et difficile, comparative-

ment au pansement ouaté, qui permet de laisser le malade tranquille pendant vingt jours.

Le pansement à l'alcool fut un grand progrès sur les pansements antérieurs. Mais, outre que l'alcool est très douloureux, sa combinaison avec les tissus et sa coagulation des produits albumineux forment des corps étrangers qui font obstacle à la détersion et à la cicatrisation. L'acide phénique, qui le remplace, n'a pas ces inconvénients. Sans admettre qu'il tue les germes, ni que sa pulvérisation pour phéniquer l'atmosphère soit indispensable, l'emploi dilué de cet acide a des effets cliniques si bienfaisants et si évidents, qu'il est inutile de le défendre ni de le justifier. C'est pour ne l'avoir jamais employé que M. Perrin le taxe d'irritant; il calme, au contraire, par son action anesthésique locale.

Il ne peut ainsi le juger avec compétence et autorité, ajoute le vulgarisateur du pansement phéniqué, M. Lucas-Championnière. La pulvérisation n'en est qu'un accessoire, et ses expériences à cet égard ne sont pas décisives. Le fait est qu'on ne trouve ni vibrions ni bactéries dans les plaies qui y sont soumises selon les règles. Les érythèmes et les érysipèles résultent de l'impureté seule de l'acide. Le protective n'a d'autre but que de prévenir la formation des granulations, pour faciliter la réunion immédiate.

Il n'y a pas de pansement panacée, répond M. Després. La vogue actuelle des pansements antiseptiques, de celui de l'acide phénique en particulier, ne s'explique que par la doctrine en faveur de la panspermie. Aucun accident n'arrive dans les extractions nombreuses de dents chaque jour, quoique ce soit une fracture compliquée de plaie ouverte, tandis que la septicémie est presque toujours le résultat d'une fracture double du maxillaire inférieur. Il y a donc autre chose que le contact de l'air dans sa production. Voici un opéré qui a eu le pouce arraché, il y a quatorze jours, et il y avait dans son pansement primitif tous les vibrions connus ou inconnus. Cependant la température n'a jamais dépassé 37°. C'est là une plaie considérée comme très grave, et, sur quatre-vingt-cinq blessés de ce genre, il n'a eu que deux morts par tétanos, sans pansement spécial ni antiseptique; vingt-neuf ablations de tumeurs de sein, pansées de même, ne lui ont donné que des guérisons. Dire qu'un

pansement antiseptique est indispensable contre la septicémie est donc une assertion sans valeur.

Au contraire, dit M. Farabeuf, le pansement phéniqué a le grand avantage de favoriser, d'animer la réunion par première intention, qui fut le but idéal vainement tenté à toutes les époques de la chirurgie. Aussi tous les principaux chirurgiens d'Europe en sont-ils partisans. Loin d'être une importation anglaise, les principaux éléments sont d'origine française : acide phénique de Lemaire, tube à drainage de Chassaignac, sutures profondes d'Azam, théorie de Pasteur; le catgut seul reste anglais. En fermant la plaie à l'action de l'air et en facilitant l'écoulement du liquide, le pansement de Lister a transformé la pratique chirurgicale et est véritablement antiseptique, en prévenant la putréfaction et la putridité des liquides par la conservation même des tissus. Grâce à lui, on peut ouvrir sans crainte les vastes abcès froids ou par congestion et les grandes articulations.

Pour répondre à M. Perrin, dont les expériences lui semblent avoir plus de valeur dans la discussion actuelle qu'on ne leur en a accordé, M. Trélat distingue la septicémie de l'infection purulente, que l'on confond trop souvent. La première, seule en cause, est une affection du début des plaies et des opérations à marche rapide, qui tue les animaux en deux ou trois jours et qui dure chez l'homme de un à trois ou quatre. Personne ne met en doute sa nature toxique; l'origine seule du poison est en contestation, le poison venant du malade pour les uns, de la plaie pour d'autres, de l'air pour les expérimentateurs qui seuls le démontrent par des faits précis en inoculant les germes d'une bactérie ou d'un vibrion.

On la reproduit ainsi à volonté, tandis que l'infection purulente échappe ordinairement aux expériences. Elle se manifeste spontanément par des frissons violents du huitième au douzième jour du traumatisme ou de l'opération. Sa durée ordinaire, de six à huit jours, se prolonge parfois quinze, et même six à sept semaines, avec des variations de la température, une coloration spéciale de la peau, du délire, et se caractérise par des lésions anatomiques distinctes.

Ces deux affections ont pourtant un lien secret, car, à force de combattre et de pourchasser la septicémie par les

pansements et mille précautions qui la rendent bien moins fréquente, on a vu presque disparaître la pyoémie.

Le critérium de la valeur d'un pansement, c'est le processus organique de la réparation des tissus et de la cicatrisation. Tout ce qu'on a dit de l'alcool le fait placer à un rang inférieur. Il est volatil, coagulant, irritant, douloureux, et retarde la cicatrisation. Les résultats statistiques ne sont que secondaires pour cette appréciation. Ils peuvent être semblables par les procédés les plus divers; mais on n'obtiendra pas un processus semblable à celui que donnent les applications phéniquées. On est confondu, par ce pansement, de voir les bords de la plaie conserver leur coloration blanche et rose, comme si la continuité organique avait été respectée, malgré la section des tissus; puis, deux à trois jours après, les bords s'accolent, et le bourgeonnement se fait sans suppuration. Voilà le nouveau, l'extraordinaire de ce pansement, ce que l'on n'obtenait que très exceptionnellement avant lui et ce qui a lieu maintenant avec sûreté et facilité.

M. Guyon croit aussi qu'il faut apprécier la valeur d'un pansement, plutôt par le processus organique qu'il détermine que par ses résultats statistiques, quoique ceux qu'il a obtenus depuis deux ans avec celui de Lister soient des plus brillants. Il n'a pas eu un seul cas de pyoémie, et, sur trente-quatre opérations graves, dont trois amputations de cuisse, huit de jambe et dix du sein, il n'a eu que deux morts de kélotomie. La réaction est nulle; il n'y a ni gonflement des tissus, ni inflammation périphérique : ils restent d'un blanc rosé. La suppuration est réduite au minimum. Des plaies en pleine suppuration, dont les tissus étaient infiltrés de gaz putrides, se sont modifiées ainsi avec une rapidité merveilleuse; la putréfaction disparait et la suppuration se tarit. Toutes les parties de la plaie se réunissent même sans sutures profondes, jusqu'à celles qui sont en contact avec l'os, dès que le drain est enlevé. Plus de ces suppurations interminables, comme autrefois. C'est surtout l'avantage du pansement phéniqué sur celui à l'alcool, qui ne donne pas des réparations ni aussi promptes, ni aussi belles. Avec lui, on se sent plus maître de la situation qu'avec tout autre. Ces résultats supérieurs lui ont seuls fait accorder la préférence sur le pansement à l'alcool.

Tout en étant aussi favorable que ses maîtres au pansement de Lister, M. Le Dentu ne juge de sa supériorité que par les résultats statistiques. Sur 57 opérations pratiquées depuis deux ans, il n'a eu que 9 morts, dont 2 sur 7 fractures compliquées. Il conteste en outre la réalité de la distinction établie par M. Trélat, car la septicémie, dit-il, a plusieurs formes. Celle qui prend naissance dans un foyer est aiguë ou subaiguë, et l'infection purulente n'est autre chose que la septicémie, avec l'intervention des abcès métastatiques en plus, pouvant résulter de l'absorption pulmonaire.

M. Panas est aussi devenu un partisan déclaré de ce pansement, employé depuis cinq ans, par les succès inespérés qu'il en a obtenus. Comme preuve vivante, il présente un employé du chemin de fer du Nord auquel il a pratiqué, il y a un an, l'ouverture de l'articulation du genou pour une hydarthrose chronique de cause traumatique, ayant amené une distension énorme de l'articulation, accompagnée de douleurs atroces et de fièvre. Une incision de 6 à 7 centimètres sur les parties latérales de la rotule amena l'issue d'une grande quantité d'un liquide jaunâtre, louche, mêlé de flocons fibrineux. Le doigt, introduit et promené dans la cavité articulaire, constata l'intégrité des cartilages; mais la synoviale était très épaissie, avec franges énormes et comme polypeuses. Après le pansement de Lister, le genou fut placé simplement sur un coussin, sans l'immobiliser dans une gouttière. Aucun signe d'irritation locale ni réaction générale ne s'est montré jusqu'au dizième jour, qu'un mouvement fébrile apparut. Une tuméfaction fluctuante et douloureuse, causée par la rétention du liquide, existait du côté opposé. Une incision semblable à la première fut de nouveau pratiquée; des drains furent placés de chaque côté, toujours sous le nuage phéniqué, et, dès le lendemain, la fièvre tombait et ne s'est plus reproduite. La guérison était complète six semaines après.

L'articulation a repris ses fonctions normales et ne conserve de cette grave maladie que les cicatrices des deux incisions. L'opéré a marché et exécuté devant l'auditoire les mouvements les plus étendus de flexion et d'extension du genou, comme s'il n'avait jamais été malade.

Dans trois autres cas d'ouverture semblable de cette articu-

lation pour des corps étrangers et un cas d'arthrite purulente qui avait paru nécessiter l'amputation de la cuisse à plusieurs chirurgiens, le pansement de Lister donna le même résultat. Voilà donc une opération, réputée téméraire et absolument interdite, qui peut être faite et réussit aujourd'hui, grâce au pansement phéniqué.

Les principaux chirurgiens de Paris qui ont employé le pansement phéniqué sont donc unanimes à reconnaître et proclamer sa supériorité. M. Lefort, qui l'a employé sans conviction, mais avec une entière bonne foi, lui rend hommage et déclare en avoir obtenu des résultats supérieurs à ceux de tous les autres, bien qu'il n'en fasse pas une panacée.

Ceux qui faisaient usage de l'alcool, comme M. Guyon, y ont renoncé, en présence des avantages supérieurs de la solution phéniquée. M. Sée, qui emploie encore le chloral, reconnaît que rien n'est supérieur au pansement de Lister dans les grandes opérations, depuis qu'il a constaté qu'un genou ouvert pour une arthrite purulente sous le nuage phéniqué, et pansé de même, était complètement guéri, avec rétablissement parfait de tous ses mouvements normaux, vingt-un jours après. Seul, M. Perrin persiste à s'en tenir exclusivement à l'alcool, comme M. Després s'obstine à nier *à priori*, et sans l'avoir expérimenté, tous les avantages spéciaux, devant l'unanimité de ses collègues à les reconnaître et les préciser. A sa série de vingt-neuf succès dans vingt-neuf amputations du sein, un bien plus grand nombre a été opposé, notamment par MM. Guyon et Panas. Celui-ci en a obtenu la guérison sans complication d'érysipèle dans une moyenne de vingt-quatre jours, au lieu des six semaines ordinairement nécessaires.

D'autres témoignages nouveaux en sa faveur viennent aussi de la province et de l'étranger. Après l'exécution de dix-neuf opérations, amputations, désarticulations et résections, faites à l'hôpital de Nancy, M. Gross confirme tous les résultats précédents : absence de douleur et de réaction locale, température ne s'élevant pas ordinairement au-dessus de 38° le soir, diminution notable de la suppuration, avec absence d'odeur, de mortification et de gangrène ; réunion immédiate fréquente et cicatrisation rapide, avec guérison dans dix-sept cas, une tuberculose constitutionnelle l'ayant

empêchée dans les deux autres. Les moignons même offrent un meilleur aspect, par la moindre rétraction cicatricielle. Si les autres conditions actuelles de l'opération et du pansement concourent à ces résultats satisfaisants, la solution phéniquée n'en est pas moins le principal et le plus puissant agent. (*Revue méd. de l'Est*, nos 5, 7, 9 et 10.)

Les résultats obtenus par M. Th. Smith, à l'hôpital Saint-Barthélemy, pendant trois années consécutives, ne sont pas moins remarquables. Il s'en loue surtout, comme tous les chirurgiens qui y ont eu recours, dans le traitement des plaies articulaires, les fractures compliquées et les abcès volumineux, froids ou par congestion, c'est-à-dire dans des opérations d'une gravité exceptionnelle. Un cas d'écrasement de la jambe avec ouverture du genou et les tumeurs blanches lui paraissent surtout justiciables du pansement phéniqué, avec moins de risques que par les autres méthodes. Cinq fractures compliquées, soumises à ce pansement, guérirent sans inflammation locale ni douleur; la température ne s'éleva que de 37 à 38°. Les dangers en sont donc considérablement diminués.

Cette influence sur la température est la meilleure objection à son action irritante. Elle est surtout avantageuse dans le traitement des abcès chroniques, en prévenant la fièvre inflammatoire et la fièvre hectique ensuite. Elle fut ainsi nulle dans plusieurs cas d'abcès volumineux traités à l'hôpital des Enfants. La suppuration de bonne nature et sans décomposition en fut très diminuée. Il n'y eut ni pyoémie ni phlegmon diffus. (*Union méd.*, nos 29 et 30.)

Au milieu de ce concert de louanges s'élèvent pourtant quelques notes discordantes. Les chirurgiens français font ainsi les plus faciles concessions sur la pulvérisation. M. Lefort la traite de détail inutile, illusoire, presque puéril. Sauf M. Lucas-Championnière, qui la trouve indispensable, les autres ont déclaré ne pas y recourir, à cause de sa difficulté d'application. M. Le Dentu la trouve même désagréable et dangereuse par le refroidissement et l'anesthésie résultant de son emploi. Malgré les avantages qui lui sont attribués *à priori* dans la gastrotomie, la laparatomie, l'ovariotomie et l'entérotomie, il la proscrit dans la hernie étranglée. Une statistique de dix laparatomies, pratiquées par Czerny sous le pansement phéniqué, indique en effet de graves

accidents, avec fièvre et mort. (*Gaz. méd. de Strasb.*, janvier.)

Mais M. Panas, qui l'a employée dans quatorze kélotomies, en a obtenu douze guérisons, l'une avec perforation de l'intestin et suture intestinale au catgut. Sans le pansement phéniqué, il n'obtenait qu'une guérison sur deux opérés.

On prétend aussi que le *spray* ou pulvérisation ne produit que des résultats satisfaisants dans l'ovariotomie. Mais Lucke l'accuse de produire à elle seule des accidents toxiques par l'absorption, qu'elle facilite surtout chez les enfants. La néphrite s'est ainsi manifestée après son emploi, comme chez les ouvriers qui préparent l'acide phénique. Les expériences négatives de M. Perrin, en montrant son inutilité contre les germes, vont lui porter le coup de grâce.

On accuse aussi le pansement phéniqué de plusieurs griefs. Il est absolument mauvais, d'après M. Lefort, sur les plaies en suppuration. Il provoquerait même des hémorrhagies secondaires sous la *protective gaze;* M. Th. Smith, qui dénonce ce fait, en cite deux exemples : l'une, considérable, quarante-huit heures après l'ablation d'une tumeur du sein, dans sa pratique privée; l'autre, presque mortelle, au treizième jour d'une désarticulation du genou, chez un enfant. La plaie était cicatrisée et l'opéré en convalescence lorsqu'on s'aperçut de la perte du sang. (*Idem.*)

Il y a d'ailleurs le danger d'intoxication lorsqu'on emploie l'acide phénique en excès. Kocher a observé deux cas de mort, et Smith en relate un troisième chez un enfant. Langenbeck en a vu mourir aussi deux enfants à la polyclinique. Il convient donc d'être circonspect dans l'emploi de ce pansement, suivant les idiosyncrasies et les maladies des reins. Ces organes étant la voie principale d'élimination de l'acide phénique, il faut surveiller les urines des opérés qui y sont soumis, pour reconnaître la coloration noirâtre qu'il leur communique après un séjour prolongé à l'air.

C'est surtout dans les plaies formant cavité ou à clapiers, comme on dit, que l'absorption de cet acide, se faisant plus facilement, peut déterminer des accidents. M. Verneuil en a observé un exemple après une rectotomie, quoique la solution employée pour les injections ne fût que de 2 pour 100. L'opérée se réveilla mal, déprimée, refroidie, avec une température de 35°,2. Il y eut des vomissements, et les urines

démontrèrent, par leur couleur noire, que l'intoxication de l'acide phénique en était la cause. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, août).

Contre-poison. Baumann a montré qu'à cette coloration noire de l'urine se joint la disparition des sulfates. Il les a trouvés en diminution proportionnelle, avec la gravité des autres symptômes, et a montré de plus que l'administration du sulfate de soude à un animal empoisonné par l'acide phénique en arrêtait les symptômes. L'administration d'un sulfate soluble est donc le meilleur antidote, et Sonnenburg a relaté plusieurs observations où ce moyen a combattu efficacement cet empoisonnement. Les symptômes disparaissent et l'urine redevient normale. La dose est une cuillerée à bouche toutes les demi-heures. Une solution de 5 grammes de sulfate de soude sur 100 à 200 grammes d'eau suffit pour les adultes et moitié pour les enfants. Le lavage des plaies avec une solution à 5 pour 100 donne aussi des résultats avantageux. (*London med. Record*, février.)

Action différente sur les microbes. Au titre seul du mémoire *sur la présence des organismes sous le pansement antiseptique*, lu à la Société pathologique de Londres, le 6 mai, par M. Vatson Cheyne, interne de M. Lister, et qui semblait une réminiscence des travaux de Ranke, de Demarquay et Fischer, de A. Robin et Gosselin à ce sujet, on pouvait croire à la condamnation définitive des principes fondamentaux de la chirurgie antiseptique. Mais, au contraire, c'en a été la glorification et comme le couronnement, car il résulte des nouvelles expériences variées et répétées de l'auteur, pour résoudre cette question, qu'il se trouve constamment des micrococci dans les plaies pansées antiseptiquement, et jamais de bactéridies, lesquelles se rencontrent au contraire toujours dans les autres. La confusion seule, faite par les micrographes, entre ces deux infiniment petits, et que le microscope est incapable de distinguer, a causé toute l'erreur. Pour le démontrer péremptoirement, M. Cheyne a eu recours à la culture séparée de ces deux organismes, selon la méthode de M. Pasteur, qui lui a donné les résultats suivants.

L'écoulement presque clair, sans odeur, d'une plaie pansée antiseptiquement et non renouvelé depuis quelques jours, dans lequel le microscope ne révélait que des matières granuleuses et des leucocytes dégénérés, fut *inoculated*, avec les précautions voulues, à des flacons remplis d'une infusion de concombre. En trente ou cinquante heures, le liquide était trouble et rempli, à l'examen, de petits organismes sphériques, reconnus comme des micrococci. Si, au contraire, le liquide d'une plaie non pansée antiseptiquement servait à l'inoculation du même flacon, on trouvait des bactéridies effilées, parfaitement distinctes et d'une façon si constante que la putréfaction semble avoir plus de rapport avec la bactéridie qu'avec les micrococci.

Injectés dans la jugulaire des lapins par le docteur Gérald Yeo, ces liquides produisirent des effets diamétralement opposés. Le liquide bactéridien tua ces animaux en quatre jours; l'autre resta sans effet appréciable. D'où l'explication que les micrococci peuvent exister sous le pansement antiseptique sans donner lieu à aucun trouble local ni général, tandis que, si la bactéridie y a accès, elle y détermine la putréfaction, les graves conséquences de l'inflammation et les symptômes constitutionnels qui s'observent si souvent dans les plaies qui ne sont pas pansées antiseptiquement.

Cette découverte, si c'en est une, a encore donné la raison du développement abondant des micrococci sous le pansement antiseptique, à l'exclusion des bactéridies, et résolu du coup le problème bien plus important de l'origine de ces organismes. Viennent-ils du sang, de l'air ambiant ou par génération spontanée ? Ayant conservé des infusions végétales et des liquides organiques pendant des mois à l'abri de l'air, dans des conditions variées d'atmosphère et de température, sans qu'aucun organisme y soit apparu, M. Cheyne rejette, comme M. Pasteur, la dernière alternative. Et si ces organismes venaient exclusivement de l'air, comment apparaîtraient-ils à des époques différentes, sur des plaies existant simultanément dans la même salle ? Reste donc leur provenance du sang. Tout en reconnaissant que, sain et vivant, il est inapte, impropre à leur développement, leur présence au milieu des tissus vivants aussitôt après la mort lui fait admettre qu'ils y sont entrés pendant

la vie et que le sang malade peut aussi leur fournir des éléments de vie. L'inflammation aiguë comme les troubles nutritifs chroniques peuvent favoriser le développement surtout des micrococci, rarement des bactéries. Et l'auteur conclut ainsi que les micrococci trouvés sous le pansement antiseptique viennent du sang.

Il explique d'autant mieux leur présence ici qu'il a constaté que, dans les infusions où ils croissent, l'addition de l'acide phénique, dans la proportion d'un cinq centième, ne les faisait pas périr comme les bactéridies. Au contraire, plus on augmente cet acide, plus ils s'y montrent vigoureux jusqu'au trois centième.

Mais si les micrococci exhalés du sang à la surface de la plaie peuvent y pulluler même sous le pansement phéniqué, pourquoi la bactéridie ne s'y trouve-t-elle pas ? C'est que la moindre quantité d'acide phénique suffit à la détruire, comme il l'a vérifié dans les infusions putréfiées, où elle se développe si bien. En plaçant l'un et l'autre de ces organismes dans la même infusion, il a suffi de la moindre quantité d'acide pour tuer la bactéridie, tandis que les micrococci se développaient à ses dépens.

Il ne s'agit ici ni d'aérobies ni d'anaérobies. L'explication est moins mystérieuse, et, bien qu'elle comporte une pure hypothèse, on voit que ces nouvelles recherches fortifient plutôt qu'elles n'affaiblissent la méthode antiseptique. Aussi ont-elles obtenu l'adhésion publique de leur auteur. (*Lancet*, mai, n° 19.)

Effets sur la septicémie. Dans son *Address* en chirurgie à l'Association médicale britannique sur la prophylaxie de l'empoisonnement du sang, M. Savory a contesté tous les avantages spéciaux de la méthode listérienne, en y opposant les résultats de la pratique chirurgicale de l'hôpital Saint-Barthélemy, obtenus par les plus simples pansements. Sur 1235 opérations, dont la plupart sont capitales, exécutées pendant les trois dernières années de 1876, 1877 et 1878, il n'y a eu que 18 décès par septicémie, *septic poison*, sous toutes ses formes. Si les listériens peuvent en montrer de meilleurs, ils seraient infidèles à leur doctrine et à leur pratique, de ne pas publier leurs statistiques. (*Lancet*, n° 7, août.)

La demande est au moins superflue, car plus d'une sta-

tistique a déjà été publiée, et plus d'un chirurgien en Allemagne, en France et même en Angleterre, a déclaré ne plus voir la septicémie dans sa pratique depuis qu'il emploie la méthode Lister. M. Guyon en est un exemple. M. G. Smith, chirurgien de l'infirmerie royale de Bristol, a fait d'ailleurs une réponse catégorique à cet égard. Sur plus de 500 grandes opérations exécutées depuis deux ans et demi dans cet établissement, en suivant la méthode antiseptique, il n'a pas eu un seul décès par septicémie ni un seul cas de cette complication, sinon deux érysipèles de plaies qui n'étaient pas traitées antiseptiquement. M. Savory eût donc pu scruter et comparer; mais il ne donna ni la nature de ses opérations, ni la date de la guérison. Le progrès, l'innovation, l'horripilent et la présence d'un simple tube de Chassaignac lui semblent un grave danger. Il préfère s'en tenir aux anciens errements, en les perfectionnant, en les simplifiant. Une parfaite aération, la propreté et le soin, le renouvellement des pansements, sont pour lui le *nec plus ultra* de l'antisepticité, et il dédaigne d'employer, d'essayer les autres moyens. Il juge *à priori* de leur infériorité et ne tient aucun compte de leurs résultats. La suppression de la suppuration par le pansement phéniqué, dans une aussi grave question que l'empoisonnement du sang, n'éveille pas même son attention, et il passe outre, parce que les plaies infectées de germes guérissent sans ce pansement. L'essentiel est précisément de décider si celui-ci ne les guérit pas plus vite et mieux, en les détruisant plus sûrement. En négligeant cette comparaison, M. Savory n'a fait qu'une vaine déclamation contre le pansement phéniqué en faveur d'une aération parfaite, de la propreté à l'eau claire et des soins minutieux.

Action expérimentale et comparée des antiseptiques. Voulant se rendre compte des effets variés obtenus avec l'emploi des divers liquides antiseptiques dans le pansement des plaies, MM. Gosselin et Bergeron, ne pouvant les expérimenter directement sur les malades, ont institué quatre séries d'expériences avec le sang et la sérosité de l'homme et des animaux, en les mettant en contact médiat ou immédiat avec les liquides usités, pour en étudier les effets sur leur décomposition, leur putréfaction. En voici les résultats :

1re *série*. Un à deux grammes de sang frais de l'homme, du cochon d'Inde ou du chien, sont versés, en quantité égale, dans sept petits tubes. On fait ensuite tomber, avec un compte-gouttes, dans six d'entre eux, six gouttes de l'un des liquides ci-dessous, le septième restant comme point de comparaison. Tous ces tubes restant ouverts, étant examinés chaque jour, ont présenté des signes de putréfaction dans l'ordre suivant :

1. *Sans addition.* — Mauvaise odeur, granulations mobiles, bactéries et vibrions filamenteux, du 3e au 4e jour.
2. *Acide phénique au* 100e. — Du 4e au 5e jour.
3. *Acide phénique au* 50e. — Du 5e au 6e jour.
4. *Eau-de-vie camphrée.* — Du 5e au 6e jour.
5. *Alcool à* 86e. — Du 7e au 8e jour.
6. *Alcool camphré.* — Du 7e au 9e jour.
7. *Acide phénique au* 20e. — Sans altération jusqu'au 24e jour, le dessèchement du sang en rendant l'exploration impossible.

L'action antiseptique de chaque liquide est d'autant plus exacte qu'en répétant l'expérience, en incorporant le liquide antiseptique au sang avec une baguette en verre, les résultats ont été les mêmes. La solution d'acide phénique au vingtième a seule empêché la putréfaction.

2e *série*. La même quantité de sérosité du sang humain provenant d'une saignée est versée dans les tubes et additionnée ensuite comme les précédents, en ajoutant tous les matins une nouvelle goutte du liquide antiseptique, pour mieux imiter le renouvellement quotidien des pansements. En voici les résultats :

1. *Sans addition.* — Sérosité fétide et pleine de vibrions filamenteux mobiles, le 7e jour.
2. *Acide phénique au* 100e. — Bactéries annelées peu mobiles à partir du 8e jour. Persistance des bactéries, peu nombreuses et sans vibrions filamenteux, jusqu'au 30e jour.
3. *Acide phénique au* 50e. — Bactéries rares le 10e jour, sans vibrions filamenteux, jusqu'au 30e jour.
4. *Eau-de-vie camphrée.* — Bactéries le 14e jour et continuation jusqu'au 30e jour.
5. *Alcool camphré.*
6. *Alcool à* 86e.
7. *Acide phénique au* 20e.

} Aucune apparence de putréfaction, et granulations immobiles jusqu'au 30e jour.

Le retard de la putréfaction est donc bien dû au liquide

antiseptique, puisqu'il est proportionnel à sa quantité jusqu'à l'arrêter complètement.

3e *série*. Les tubes sont remplacés par des capsules, afin de substituer au mélange de l'agent antiseptique l'action à distance. Une quantité égale de sang frais de chien d'une hauteur de 1 centimètre étant versée dans ces capsules, elles sont recouvertes d'une tarlatane imbibée du liquide conservateur et pliée en quatre ou cinq. Une seule est recouverte d'une tarlatane sèche. Un espace libre de 3 centimètres les sépare du liquide. En voici les résultats :

1. *Sans addition*. — Putréfaction complète, avec vibrions filamenteux et mobiles, le 4e jour.
2. *Gaze de Lister*. — Putréfaction sensible du 8e au 10e jour.
3. *Gaze phéniquée au* 100e. — Putréfaction franche le 8e jour.
4. *Gaze phéniquée au* 50e. — Bactéries annelées le 17e jour, jusqu'au 36e.
5. *Gaze alcoolisée* (à 86°).
6. *Gaze avec alcool camphré*.
7. *Gaze phéniquée au* 20e.

(5, 6, 7) Aucune altération, ni mauvaise odeur, ni bactéries, ni vibrions, jusqu'au 36e jour.

Dans ces trois dernières cupules, le sang a pris un aspect jaunâtre sans séparation de la sérosité du caillot en quantité notable, ce qui semble résulter de la coagulation progressive de presque toute la matière albumineuse. Tous les globules avaient disparu, et des masses granuleuses immobiles les remplaçaient. Les molécules antiseptiques se mettent donc en contact avec le sang par l'évaporation comme par le contact dans les tubes.

4e *série*. La valeur de la pulvérisation, très employée par M. Lister, étant contestée en France, il s'agissait d'en vérifier l'action. 20 grammes de sang humain tiré par des ventouses ont été placés dans cinq cupules qui ont été soumises chaque matin, durant un quart d'heure, à une pulvérisation dont voici les résultats :

1 et 2. *Alcool à* 86°. — Pas de putréfaction jusqu'au 9e jour, très manifeste ensuite par la fétidité et de nombreux vibrions filamenteux et très mobiles, augmentant jusqu'au 13e jour, malgré la pulvérisation.

3, 4, 5. *Solution phéniquée au* 20e. — Aucune altération putride jusqu'au 30e jour. Coloration jaunâtre du sang, absence de globules, masses granuleuses immobiles indiquant l'imputrescence.

La pulvérisation phéniquée est donc réellement efficace et doit être employée surtout dans les plaies profondes, car

on met ainsi l'acide phénique en contact avec le sang. L'alcool l'est beaucoup moins.

L'alcool entrant en proportion indéterminée dans la solution phéniquée pour rendre l'acide plus soluble, il s'agissait d'en étudier comparativement les effets en les employant séparément. L'expérience des tubes avec le sang a donné les résultats suivants :

Eau distillée alcoolisée à 5 et 10 pour 100. — Putréfaction complète du 5e au 6e jour, soit 2 à 3 jours plus tard qu'avec l'eau distillée seule.

Solution phéniquée au 100e (6 gouttes équivalent à 0 gr. 0025 d'acide phénique). — Putréfaction complète le 8e jour.

L'acide phénique a donc une influence indépendante de l'alcool. Restait à mesurer son action en l'employant absolument pur, à doses différentes, dans des tubes contenant 10 grammes de sang humain.

1. *4 gouttes ou 20 centigrammes par gramme de sang.* — Caractères de l'imputrescence jusqu'au 25e jour.

2. *3 gouttes au 15 milligr.* — Mêmes résultats.

3. *2 gouttes ou 10 milligr.* — Pas de putréfaction au 15e jour, globules sanguins déformés, ratatinés et granuleux à la surface. Bactéries annelées indiquant la putréfaction jusqu'au 21e jour.

4. *1 goutte ou 5 milligr.* — Persistance des globules ratatinés, crénelés, transparents, non granuleux. Putréfaction complète le 11e jour.

10 à 15 milligrammes d'acide phénique pur par gramme de sang le préservent donc de la putréfaction ; une dose inférieure ne fait que la retarder.

Il est ainsi démontré, par ces expériences, que l'alcool est antiseptique, comme l'acide phénique, mais à un moindre degré. Ils agissent de deux manières : en détruisant les germes atmosphériques qui provoquent la putridité et les vibrions, et en coagulant l'albumine du sang par leur contact. De là la disparition des globules, remplacés par une matière granuleuse imputrescible, et leur action favorable contre la putridité et la purulence.

Ces effets sont rendus manifestes à l'œil nu par la coloration jaunâtre du sang épaissi, indice de la coagulation albumineuse, et au microscope par la disparition des globules et des masses granuleuses immobiles. Cette altération antiseptique se produit graduellement. A l'aspect lisse, clair et

transparent des globules, visible au microscope à l'état normal, succède un état ratatiné, irrégulier, crénelé, quand la dose de l'agent antiseptique est faible. C'est l'imputrescence relative, et, s'il reste des globules clairs et transparents, les vibrions, c'est-à-dire la putréfaction, ne tardent pas à apparaître. Mais, si la dose est plus forte, leur surface devient bientôt granuleuse, au contraire; ils se dissocient et sont remplacés par des masses granuleuses immobiles. C'est l'imputrescence absolue.

A défaut de pouvoir employer l'acide phénique ou l'alcool pur sur les malades, c'est donc le retard ou l'amoindrissement de la putridité que l'on doit rechercher par des doses modérées. L'acide phénique étant le plus puissant, il y a avantage à le préférer, en l'employant simultanément en pulvérisation, en lotion, en injection de quelques gouttes dans les profondeurs de la plaie, et en compresses de tarlatane avec une solution au 40e ou 50e, renouvelées tous les matins. Par son contact direct avec le sang de la plaie et le drainage complémentaire, qui permet l'écoulement du surplus, on comprend son utilité, surtout à la période saignante des plaies, c'est-à-dire quand elles sont produites et pendant les cinq ou six jours suivants. (*Acad. des sciences*, octobre.)

Le pansement antiseptique exposé spécialement d'après la méthode de Lister, par M. le professeur Nussbaum, de Munich, traduit de l'allemand par le docteur de La Harpe. Paris.

PARALYSIES. *Action sudorale.* Il est bien établi aujourd'hui, dit M. Strauss, que le système nerveux a plus qu'une action indirecte sur les glandes; il existe des nerfs sudoripares, c'est-à-dire capables d'exciter directement les éléments glandulaires, comme d'autres nerfs excitent les fibres des muscles. De plus, nous avons dans la pilocarpine une substance qui nous permet d'interroger la glande à notre fantaisie. (Voy. SUEUR.)

Il est donc intéressant de rechercher quelles sont les modifications produites sur la fonction sudorale dans les paralysies faciales. Il est d'abord certain que le nerf facial contient des filets sudoraux : on vient de les découvrir

récemment chez le cheval. Or, y a-t-il analogie entre les modifications que la lésion paralysante apporte dans la fonction musculaire et celle qu'elle amène dans la fonction sudorale ? Cette analogie serait complète, d'après l'auteur.

De même que, dans les paralysies d'origine cérébrale, la réaction électrique des nerfs et des muscles demeure intacte, de même la sueur provoquée couvre également les deux côtés de la face.

Le même rapport s'observe entre les deux fonctions dans les paralysies d'origine périphérique, graves ou légères.

Dans les paralysies périphériques graves, il y a diminution ou même abolition des contractions faradiques, et exaltation de la contraction galvanique. Dans ce cas, la sudation ne se fait également qu'avec une très grande difficulté. Il y a un retard de deux à trois minutes du côté malade sur le côté sain.

Dans les paralysies légères, M. Strauss est porté à admettre qu'il y a intégrité de la fonction sudorale, de même qu'il y a intégrité de la contraction électrique. Malheureusement, les cas de paralysie légère lui ont fait défaut pendant ses recherches. (*Soc. de biol.*, octobre.)

Paralysie agitante. *Cause et lésions.* Dénomination contradictoire, puisque l'agitation, le mouvement, qui sont le type de cette maladie, sont l'opposé de la paralysie. Aussi tous les auteurs lui conservent-ils le nom de maladie de Parkinson, qui le premier l'a décrite en 1817, sans que la cause en ait été trouvée depuis. « La lésion de la paralysie agitante est encore à trouver, » dit M. Charcot en 1876. Un mémoire de M. E. Demangé, agrégé de la Faculté de médecine de Nancy, sur ces deux points, à propos de l'observation d'un cas personnel, peut donc servir à leur élucidation.

Un homme de cinquante-deux ans entre comme incurable en 1873 à l'hôpital Saint-Julien, atteint d'un tremblement général. Les quatre membres sont constamment agités par un tremblement continuel; les orteils se fléchissent et s'étendent alternativement et d'une façon rhythmique; les doigts s'étendent également et se fléchissent régulièrement vers la paume de la main; le pouce est étendu et s'incline vers

l'index, comme dans l'action de rouler une cigarette ; ces mouvements sont continus et s'exagèrent surtout pendant l'interrogation du malade. Ils cessent quand le malade s'endort, et d'une façon brusque même, lorsqu'ils sont à leur paroxysme, si l'on fait exécuter au malade un mouvement voulu, comme de prendre un verre pour le porter à sa bouche ; mais, après quelques secondes de repos absolu, les mouvements oscillatoires reprennent comme auparavant. Il n'y a pas de tremblement de la mâchoire inférieure, de la tête, ni de la langue ; mais, si les mouvements des membres sont violents, ils transmettent par le tronc et le cou des oscillations à la tête. Celles-ci s'arrêtent en faisant lever brusquement les bras du malade, et le tremblement des membres cesse ; c'est donc à la tête un tremblement communiqué et non spontané. L'attitude debout est caractéristique, la marche lente, les jambes raides, le tronc fortement infléchi en avant. Si on le pousse en avant étant debout, le malade est entraîné par une propulsion irrésistible et se met à courir jusqu'à ce qu'il rencontre un obstacle ; si on le tire en arrière, le même phénomène de rétropulsion se produit.

La physionomie du malade est absolument immobile ; qu'il se plaigne ou qu'il soit content, c'est toujours le même masque impassible, marmoréen. L'intelligence est intacte, avec une grande irascibilité.

La mort, arrivée le 12 mars 1879, permet de constater, par l'autopsie, les lésions spéciales suivantes :

Dans toute l'étendue de la moelle, le canal de l'épendyme est oblitéré par une prolifération endothéliale abondante ; les cellules ont envahi l'orifice du canal, dont les contours ne sont plus nets ; la substance grise péri-épendymaire est enflammée ; on y constate des noyaux conjonctifs bien plus abondants qu'à l'état normal ; sur quelques points, notamment à la région cervicale, la lumière du canal a presque disparu.

Les cornes antérieures et leurs grosses cellules sont parfaitement saines ; les racines postérieures, sur des coupes pratiquées à la région cervicale, dorsale ou lombaire, sont enflammées ; on y observe une vascularisation très prononcée avec réplétion sanguine des vaisseaux, et une prolifération conjonctive très marquée, surtout vers la région externe de

ces racines. Sur la plupart des préparations de la région dorsale, les cellules nerveuses de la colonne vésiculaire sont granuleuses et ont perdu leur noyau ; quelques-unes sont atrophiées, à peine reconnaissables, complètement déformées ; au niveau de la colonne vésiculaire, sur plusieurs coupes, il existe un tissu scléreux renfermant encore les débris des cellules atrophiées. Dans toute la région dorsale et cervicale, il existe une sclérose très manifeste des cordons de Goll ; ils se colorent très nettement par le carmin et se séparent ainsi dans toute l'étendue des faisceaux postérieurs proprement dits ; ces derniers sont intacts, ainsi que les cordons antéro-latéraux ; cependant sur différentes coupes, surtout à la région cervico-brachiale, on constate, dans la substance blanche de ces faisceaux, des noyaux de tissu conjonctif plus abondants qu'à l'état normal ; la névroglie qui sépare les tubes nerveux dans ces points est épaissie, et les tubes sont étranglés, sans que l'inflammation ait atteint la sclérose complète.

C'est donc en somme une péri-épendymite avec oblitération du canal et irritation des racines postérieures avec sclérose des cordons de Goll, et myélite interstitielle peu marquée, disséminée en quelques points dans les cordons blancs.

S'il existe des autopsies négatives, il en existe donc aussi de positives. Celle-ci s'accorde ainsi avec celles de Joffroy, de Fernet, recueillies dans le service de M. Charcot, de Murchison et de Dowse, soit huit observations où se rencontre, comme dans celle-ci, une inflammation limitée à la substance grise péri-épendymaire, six fois avec altération de la colonne vésiculeuse de Clarke et trois fois avec la sclérose des cordons de Goll.

Le traumatisme comme cause n'est pas moins probant. Le sujet de l'observation précédente avait eu une fracture de la jambe droite, suivie d'un cal vicieux, laquelle fut le siège, dans les années suivantes, d'une sciatique intense, avec douleurs lombaires violentes qui se prolongèrent jusqu'en 1871, où il eut les pieds gelés pendant la guerre. C'est un an après que le premier tremblement apparut dans l'orteil du pied droit, pour se communiquer graduellement au reste du corps.

Cette étiologie étant signalée par Door, Charcot, Eulem-

bourg, Rosenthal, Hammond, dans huit cas semblables, l'auteur admet qu'une excitation vive et douloureuse d'un nerf périphérique peut être la cause déterminante de l'excitation d'origine réflexe qui aboutit au tremblement de la paralysie agitante, que le froid humide ou une émotion vive viennent s'y mêler ou s'y ajouter. (*Revue méd. de l'Est*, n° 20.)

Études cliniques sur la paralysie agitante (maladie de Parkinson). Thèse inaugurale, par M. de Saint-Léger. Paris, 1879. C'est l'exposé classique le plus récent de cette singulière névrose, avec le diagnostic différentiel des différentes affections qui la simulent.

Paralysie générale des aliénés. Il résulte des observations et des raisonnements du docteur Christian que cette paralysie n'en serait réellement pas une, au sens rigoureux de ce mot. Dans la paralysie, les fibres musculaires ne peuvent plus être excitées par la volonté, les muscles ne peuvent être volontairement contractés et subissent consécutivement, par leur défaut d'exercice, l'atrophie et la dégénérescence graisseuse. Rien de semblable ne s'observe dans la soi-disant paralysie générale. Dès le début et simultanément, l'appareil musculaire est éteint tout entier par le fait même de la péri-encéphalite diffuse qui existe. La gêne et l'incertitude des mouvements, le tremblement fibrillaire des muscles, leur indécision et leur lenteur, l'embarras de la parole, la gêne de la déglutition, les selles et les urines involontaires, ne résultent pas de la paralysie des muscles, mais de la déchéance intellectuelle des malades, qui leur fait oublier d'avaler, d'uriner ou d'aller à la garde-robe. Les sphincters n'ont pas plus perdu leur contractilité que les muscles leurs fibres, car ils ne sont ni graisseux, ni atrophiés. C'est ainsi que, à la période ultime de la maladie, Marcé a vu ses malades, une fois au lit, remuer très bien bras et jambes et retrouver une force extraordinaire dans leurs moments d'excitation. Des expériences dynamométriques ont d'ailleurs démontré à M. Christian que, jusqu'à la fin, le malade conserve la volonté de contracter ses muscles et la possibilité de les contracter avec force.

Ce n'est donc pas là une affection paralytique. Au début, il y a ataxie et non akinésie, et si, comme le pense M. Onimus, l'ataxie musculaire résulte d'une contraction permanente (voy. *année* 1877), les troubles moteurs de la paralysie générale sont causés par un spasme, une contracture résultant de la destruction des centres intellectuels. Au lieu d'être primitifs, ils ne sont que secondaires et toujours subordonnés et proportionnels à l'intensité des troubles cérébraux. (*Ann. méd-psychol.*, janvier et mai.)

C'est donc là une doctrine opposée aux localisations cérébrales et contradictoire des observations de MM. Foville et Magnan (voy. *années* 1876, 1877 et 1878).

Paralysie saturnine. *Action du plomb sur le muscle.* L'atrophie musculaire qui s'observe le plus souvent est, pour le docteur Friedlander, la raison déterminante d'une nouvelle théorie de l'origine de cette paralysie. Au lieu de la rapporter, avec la plupart des observateurs français, aux lésions nerveuses centrales ou périphériques constatées dans la plupart des cas, de même que l'amyotrophie consécutive, celle-ci s'étant présentée à son observation, sans dégénérescence des cornes grises antérieures, il n'hésite pas, d'après ce fait unique, à lui dénier absolument une origine centrale. Il n'admet pas davantage une origine périphérique des troncs nerveux, car, dans ce cas, le radial seul ne serait pas atteint et certains faisceaux musculaires, comme celui du long supinateur par exemple, ne resteraient pas intacts.

Reste l'origine directe du muscle lui-même. Les uns ont admis une myosite subaiguë, d'autres l'atrophie avec prolifération cellulaire. La prolifération nucléaire par séries a même été constatée par MM. Debove et Renaut. Mais tout cela n'était pas le corps du délit.

Gusserow a bien constaté la présence du plomb dans les muscles d'animaux empoisonnés, mais Heubner l'ayant trouvé également dans la moelle, le foie et les reins, il n'y avait pas lieu de conclure à une action directe. Pour la démontrer, Harnack a soumis les animaux à une intoxication rapide du plomb, et, en soumettant leurs muscles ensuite à des excitations répétées à de courts intervalles, il n'a obtenu qu'une série de contractions, une secousse, puis le repos et une insensibilité prolongés. De là la conclusion que le

plomb exerce une action particulièrement nuisible sur le système musculaire.

Fondé sur cette expérience et considérant que l'inactivité du muscle amène l'atrophie de ses faisceaux, la prolifération des noyaux, la transformation graisseuse de sa substance et sa disparition, l'auteur allemand conclut que c'est en provoquant un trouble fonctionnel du muscle que le plomb en amène la paralysie et l'atrophie consécutive. Voilà la science allemande dans toute sa simplicité. (*Virchow archiv.*, p. 24.)

PESTE. Une explosion de peste en Russie a mis en émoi toute l'Europe. Aussitôt que la nouvelle en est parvenue et avant même que la nature du mal fût vérifiée, chaque gouvernement a pris des mesures par l'institution de quarantaines et la prohibition du commerce avec les lieux infectés. Preuve qu'aujourd'hui encore on croit, comme autrefois, à la contagion, malgré les expériences, les inoculations de Desgenettes et d'Aubert-Roche.

Vérification faite, c'était une épidémie de peste bubonique, avec *bubon* apparaissant dans les trois premiers jours et ne manquant que dans les cas de mort foudroyante, *pétéchies* plus ou moins prononcées et *charbons* sur les membres, dans le tiers ou le quart des cas, avec fièvre adynamique plus ou moins intense. Ce sont les caractères pathognomoniques d'une maladie virulente.

Elle a éclaté en novembre 1878, à Vietlanka, village cosaque de 1800 habitants, situé sur la rive droite du Volga, dans le gouvernement d'Astrakan, à 300 kilomètres en amont de cette ville. C'était après le retour des Cosaques de la guerre en Turquie, et il est probable qu'elle a été importée dans cette petite colonie, où les maisons sont en bois et dans de mauvaises conditions hygiéniques. La peste régnait en effet sur les bords de la mer Caspienne en 1877 et au commencement de 1878, notamment à Recht, ville persane située sur le littoral.

Quoi qu'il en soit, l'épidémie s'est étendue rapidement aux localités voisines placées dans les mêmes conditions de misère et d'insalubrité, en remontant le Volga. Mais l'isolement sévère des malades et des localités envahies, par un cordon sanitaire, l'a heureusement limitée et éteinte sur place. Ce n'a donc été qu'une fausse panique, bien qu'un

certain nombre de décès en soient résultés sur place, avec tous les caractères de la contagion. Dès le début, le docteur Koels, médecin de la station, et six de ses assistants qui approchaient les malades, en sont morts, comme le curé et les Cosaques employés à l'enterrement des pestiférés.

Une initiative savante a été prise à cette occasion par l'Académie de médecine de Paris. Ç'a été de faire étudier la peste sur les lieux, d'après les méthodes actuelles appliquées aux autres maladies. La température des pestiférés, l'examen histologique et l'analyse microscopique des liquides de l'économie et surtout l'action des germes infectieux sur l'origine de la peste, afin d'instituer des mesures prophylactiques s'il y a lieu, ont été spécialement indiqués. M. Pasteur a même parlé de l'emploi d'un masque pour l'examen des malades, afin de se prémunir plus sûrement de ces germes. M. Rochard a vaillamment répondu que de telles précautions, bonnes pour l'examen au laboratoire, étaient hors de mise au lit des malades. Le médecin ne doit pas avoir de ces timidités, et, comme le soldat qui s'avance devant l'ennemi, il doit faire bravement son devoir et ne consulter que son courage et son dévouement à la science et à l'humanité.

Heureusement, la formule de ce plan d'études ne pourra servir que dans l'avenir, car, à l'arrivée du médecin français, M. Zuber, sur les lieux, l'épidémie était à peu près totalement éteinte. (*Acad. de méd.*, mars.)

PHIMOSIS. *Coïncidence avec la coxalgie infantile.* Cette singulière découverte est due à M. R. Barwell. Frappé de la fréquence du phimosis congénital chez les enfants admis à l'hôpital de Charing-Cross pour une maladie de la hanche, il porta une attention spéciale sur cette coïncidence dès 1873, et voici les résultats de son observation sur les 100 cas qu'il en avait réunis cliniquement en 1878, sur des enfants de deux à dix ans :

39 avaient un phimosis au 1er degré, c'est-à-dire sans qu'aucune partie du gland puisse être vue par la rétraction du prépuce.
27 l'avaient au second degré, laissant apercevoir seulement le méat.
17 n'avaient qu'un rétrécissement laissant voir une certaine portion du gland.
11 avaient seulement un allongement du prépuce.
6 avaient une ouverture normale.

Divisés suivant l'âge, ces 100 cas se répartissent ainsi :

	1er DEGRÉ.	2e DEGRÉ.	3e DEGRÉ.	ÉLONGATION.	NORMAL.
De 2 à 4 ans...	3	2	»	1	1
De 4 à 6 ans...	7	5	2	3	3
De 6 à 8 ans...	16	11	9	4	1
De 8 à 10 ans..	13	9	6	3	1
Totaux.....	39	27	17	11	6

Sans décider quelle est, de ces deux lésions, celle qui influe sur l'autre, l'auteur est disposé à admettre que le priapisme aigu, fréquent et prolongé, qui s'observe chez les garçons phimosés, pourrait bien déterminer à la longue une irritabilité de la moelle qui, en réagissant sur les nerfs de l'articulation, pourrait provoquer des lésions trophiques produisant cette maladie spéciale de la hanche, *hip-joint disease*, ne s'observant que dans l'enfance et par récidive seulement dans l'âge adulte.

Pour vérifier ce fait, l'auteur s'est adressé au chirurgien de l'hôpital Evelina, qui reçoit surtout des enfants juifs; mais M. Morrand Baker a répondu que peu de ceux-ci étaient reçus pour cette maladie de la hanche et que la plupart étaient des chrétiens.

Restait l'épreuve sur les filles. Soixante-treize ont été admises pour cette maladie de la hanche simultanément avec les cent garçons, et, bien que ces cas n'aient pas été observés séparément à ce point de vue, il est certain qu'un grand nombre de ces filles sont aussi atteintes de vulvite et de vaginite, avec ou sans écoulement. (*Lancet*, no 5, août.)

C'est donc un fait à vérifier et qui sera d'une certaine importance étiologique dans cette coïncidence. Mais une autre comparaison avec des garçons du même âge et sans maladie de la hanche ne serait pas moins indispensable pour résoudre la question : beaucoup de jeunes garçons n'ont-ils pas, dans le premier âge, un certain degré de rétrécissement normal de l'extrémité préputiale par le défaut même de l'usage de sa rétraction pour uriner ?

Dilatation. Le rétrécissement du prépuce est la source de tant d'inconvénients par la malpropreté qu'il engendre, d'accidents, de vices chez l'enfant et l'adulte, qu'il serait

désirable que tous les garçons fussent soumis à un examen obligatoire du médecin à ce point de vue, afin que l'on procédât d'urgence à la circoncision, dès l'âge le plus tendre, chez ceux qui seraient reconnus atteints de ce vice de conformation. Il suffirait alors de saisir l'extrémité antérieure du prépuce, avec le pouce et l'index ou avec des pinces, pour qu'un coup de ciseau pratiqué dessous mît l'enfant à l'abri de tout accident ultérieur.

C'est par la dilatation avec la pince à trois branches de Nélaton que M. Verneuil traite cette difformité chez les enfants et les adolescents. Il ne fait pas autre chose depuis plusieurs années et s'en trouve bien. M. Marjolin et M. de Saint-Germain agissent de même. Mais il y a des récidives dans les cas de long prépuce, suivant M. Horteloup. Il en a vu entre les mains de Nélaton, et il a été obligé d'opérer lui-même à trois reprises le même individu. D'ailleurs les adhérences s'opposent à ce procédé, et la circoncision dans le jeune âge paraît bien préférable. (*Soc. de chir.*, octobre 1878.)

Ligature élastique. Employée par le docteur Hue, avec succès dans une trentaine de cas. Trois chirurgiens militaires l'ont répétée dans vingt-neuf autres, et M. Hélot l'a pratiquée douze fois à l'hospice général de Rouen. En tout, soixante et onze applications, suivies constamment de guérison, du dix-huitième au trentième jour, sans complication ni accident, les opérés continuant leurs occupations.

Le procédé opératoire est des plus simples. Une aiguille enfilée d'un fil de caoutchouc et boutonnée de cire vierge suffit. Après avoir marqué à l'encre, sur le prépuce, le point où doit émerger l'aiguille, on introduit la pointe dessous en la transfixant au point marqué. Le fil étant saisi en tirant sur l'aiguille, on en réunit les deux extrémités par une traction convenable fixée par une pince et ensuite par une ligature de fil ciré. Le tout est fait en quelques minutes, sans effusion de sang. On peut donc la pratiquer chez les enfants de tout âge. Elle tombe en divisant les tissus, sans laisser de plaie, ni gonflement, ni rougeur. Le résultat définitif est élégant, sauf dans les prépuces longs. C'est ainsi que, sur cinq opérations à l'hôpital du Midi, trois résultats étaient satisfaisants. Il ne faut pas opérer dans le

phimosis inflammatoire et si l'hypertrophie du prépuce est considérable, il reste deux languettes de prépuce flottant. On peut les réséquer ensuite.

Par sa simplicité et ses résultats, cette petite opération est donc mise à la portée de tous les praticiens et peut remplacer avec avantage tous les autres procédés dans les cas ordinaires. Il s'agit seulement de maintenir l'action constrictive du fil, tous les deux jours, et de surveiller la cicatrisation. (*Bull. de thérap.*, 30 janvier.)

PHOSPHATURIE. *Influence sur le cal.* Depuis que M. Teissier fils a signalé l'excès des phosphates terreux dans l'urine, coïncidemment avec d'autres affections organiques (voy. *année* 1876), l'attention n'a pas cessé d'être fixée sur ce sujet nouveau. L'analogie de cette élimination morbide d'un élément très important du sang avec celle du sucre et de l'albumine, et son influence aussi préjudiciable sur l'organisme, en faisaient un rapprochement naturel avec l'albuminurie et le diabète. Une affection nouvelle, spéciale, tend ainsi à s'introduire entre ces deux entités et sera naturellement classée dans la même famille. Il est même permis d'espérer que, en en découvrant mieux le mécanisme, la pathogénie, celle-ci éclairera d'un jour nouveau la nature des deux autres, comme la découverte du brome l'a fait pour le chlore et l'iode dans l'ordre chimique, et qu'elle aidera ainsi à les prévenir et à les arrêter plus sûrement.

Dans ses recherches sur l'influence de ces causes générales sur les opérations, M. Verneuil a noté ainsi la lenteur extrême de la cicatrisation chez une jeune dame à laquelle il avait enlevé un petit fibrome et qui éliminait chaque jour une quantité considérable de phosphates dans ses urines.

M. Terrier a également observé une extrême lenteur dans la formation du cal d'une fracture de l'humérus, chez une dame atteinte de diabète phosphatique.

D'après certains faits, cette phosphaturie paraît aussi avoir un certain rapport avec la couleur jaune orangé du pus de certaines plaies.

Un jeune homme de dix-sept ans, briquetier, s'étant fait une fracture du bras dans un léger effort qui n'en rendait

pas compte, on trouva aussi de la polyurie phosphatique.

Deux autres cas d'affections osseuses coïncidaient encore avec elle.

C'est donc une indication d'examiner les urines à ce point de vue. (*Acad. de méd.*, avril.)

Le rôle des phosphates dans l'économie est en effet considérable par leur quantité et leur combinaison définie avec les autres éléments du sang. Soupçonnant qu'il existe entre eux et les matières protéiques une combinaison moléculaire définie, une constitution minérale qui donne aux éléments vivants — les globules — leur forme et leur résistance aux causes dissolvantes du milieu ambiant, M. Jolly est arrivé, par une série de recherches, à constater les résultats suivants :

Composition du sang.	Éléments.	Phosphates alcalins.	Phosphates de chaux.	Phosphates de magnésie.	Phosphates de fer.	Total des phosphates.	Oxyde de fer non phosphaté.
809	Eau.............	0,235	0,006	»	0,012	0,253	0,020
67	Albumine sèche.	0,032	0,027	»	0,189	0,248	»
3	Fibrine sèche...	traces	0,015	0,004	0,016	0,035	»
121	Globules secs...	00,63	0,037	»	1,354	1,454	»
1000	Totaux......	0,330	0,085	0,004	1,571	1,990	0,020

Il ressort de là que les phosphates alcalins dominent dans la partie aqueuse du sang et que tous les éléments contiennent une quantité variable de phosphate de fer, accumulé surtout dans les globules. (*Acad. des sciences*, avril.)

Malheureusement, les procédés de dosage usités, même celui de Neubauer, ne sont pas assez exacts ni exempts de critique pour que la quantité de phosphate puisse être ainsi déterminée, comme le docteur Paul Cazeneuve le montre dans la critique qu'il en fait. Il croit notamment que, dans le dosage, on augmente généralement le chiffre des phosphates alcalins au détriment des phosphates terreux. (*Revue mensuelle*, avril.)

Phosphaturie dans la phthisie. (Voy. *ce mot.*)

PHTHISIE. *Hyperthermie locale.* Le docteur Thaon, de Nice, n'ayant obtenu que des résultats négatifs dans ses

recherches à ce sujet, MM. Planat et Hugues ont eu recours au galvanomètre muni d'un appareil thermo-électrique, pour rendre ces expériences plus sensibles et résoudre la question. Or ils concluent que, dans toute inflammation superficielle ou profonde, le galvanomètre est susceptible de déterminer *un point hyperthermique* en rapport avec la lésion. Ce point se rencontre non seulement dans la tuberculose, mais encore dans les congestions plus ou moins inflammatoires, les phlegmasies aiguës ou chroniques de la poitrine.

Dans la phthisie pulmonaire, dans toute lésion du poumon, localisée, aiguë ou chronique, l'aiguille galvanométrique signale toujours, par sa déviation, une hyperthermie du point affecté proportionnelle à l'intensité de la lésion.

Toute différence inférieure à dix degrés doit être considérée comme douteuse, en indiquant seulement une lésion atone.

Si les deux sommets sont affectés, la déviation a lieu dans le sens du côté où les phénomènes manifestent l'acuité la plus grande, mais non la plus avancée : car le pourtour des cavernes présente fréquemment moins de phlogose qu'un noyau tuberculeux en voie de ramollissement.

L'hyperthermie existe toujours, à des degrés divers, à toutes les périodes d'évolution de la tuberculose; et sans la considérer comme un signe pathognomonique de cette affection, elle peut, réunie à d'autres indices, devenir un fait décisif dans la fixation du diagnostic.

L'appareil thermo-électrique est, entre tous ceux destinés à constater les températures minimes, celui qui, par son adaptation parfaite, donne les résultats les plus positifs en même temps que les plus instantanés.

Il permet, pour le pronostic, de mesurer le degré d'irritation intérieure; pour la thérapeutique, de limiter la sphère d'application des diverses médications externes.

Rétrécissement acquis de l'artère pulmonaire. Signalé pour la première fois par M. C. Paul comme cause de phthisie (voy. RÉTRÉCISSEMENTS, 1872), ce symptôme se confirme de plus en plus. Aux 20 faits relatés par M. Solmon dans sa thèse inaugurale (*Paris*, 1872), deux nouveaux cas, observés dans les hôpitaux de Paris, ont été publiés en 1877 par

M. Strauss, et en voici un troisième, recueilli dans le service clinique de l'hôpital de la Charité. Il s'agit d'un garçon de vingt-quatre ans, manifestement phthisique et offrant à la base du cœur un bruit de souffle systolique, rude et assez prolongé, remplaçant le premier bruit normal et s'entendant avec une intensité remarquable dans le deuxième espace intercostal gauche, au-dessus du cartilage sterno-costal de la troisième côte, à un centimètre environ du bord gauche du sternum. A l'autopsie, le ventricule droit était surmonté par le tronc de l'artère pulmonaire, dont la dilatation et l'amincissement des parois formaient une sorte de large sinus infundibuliforme à sommet inférieur, mesurant jusqu'à 35 millimètres dans son plus grand diamètre transversal et 23 millimètres à sa naissance. (*Soc. méd. des hôp.*, novembre, et *Union méd.*, nº 62.)

A cette lésion bien caractérisée se joignent parfois des caractères insolites, qu'il importe de connaître pour la précision du diagnostic. Dans un cas observé par M. C. Paul, il existait ainsi, sous la clavicule droite, du côté de la lésion, le poumon gauche étant sain, une impulsion artérielle considérable, avec bruit de souffle au foyer même du rétrécissement. Or ce bruit, qui atteignait son maximum, avec frémissement cataire, dans la position horizontale du malade, diminuait en le plaçant debout, la circulation de l'artère pulmonaire étant ralentie par la pesanteur. Ce bruit était de même atténué et disparaissait presque par un violent effort d'expiration, lorsque la bouche et les narines étaient fermées, circonstances diminuant l'ondée de l'artère pulmonaire. (*Idem*, mars, nº 80.)

Malgré la corrélation de ces causes et de ces effets, le développement de la phthisie par ce rétrécissement ne paraît pas si rigoureusement établi. Des soupçons d'hérédité existaient ainsi dans le cas précédent, et cette étiologie est d'autant plus douteuse que cette lésion organique a pu laisser vivre la plupart de ses victimes de cinq à trente ans et au-dessous. Elle n'est donc ni bien active, ni bien dangereuse.

Ses rapports avec la phthisie sont si constants, d'après le professeur Teissier, qu'il n'en existe pas une seule exception jusqu'ici. Et ce n'est pas seulement le rétrécissement organique qui entraîne la tuberculose; la compression de l'artère

suffit à cet effet, comme il en a observé l'exemple suivant.

Femme de cinquante-deux ans, alcoolique, atteinte de toux depuis quelques années, avec œdème des membres inférieurs. L'examen révèle une hypertrophie du cœur, avec bruit de souffle systolique simulant une dilatation de l'aorte. Râles muqueux et sonores à la base droite; râles sous-crépitants et muqueux au sommet gauche, en avant et en arrière. Urines albumineuses, fièvre.

Malgré l'usage du lait, de la digitale et des révulsifs intestinaux, la malade succomba bientôt, et l'autopsie montra un cœur hypertrophié et graisseux, avec dilatation de la crosse de l'aorte athéromateuse. L'artère pulmonaire n'était pas rétrécie, mais comprimée par l'aorte dilatée. Noyaux caséeux à droite, cavernes énormes dans le lobe supérieur gauche, l'inférieur étant farci de tubercules.

Ce rétrécissement par compression avait donc manifestement favorisé une phthisie unilatérale.

Mécanicien de trente-neuf ans, né de père phthisique, atteint de pleuro-pneumonie gauche franche. Bruit de souffle systolique à la région cardiaque, caractéristique du rétrécissement de l'artère pulmonaire. La pneumonie monte graduellement, et, tandis qu'elle se résout à la base, elle se transforme en phthisie caséeuse au sommet, tellement qu'après un mois, celle-ci est nettement accusée, ainsi que le rétrécissement de l'artère pulmonaire.

Femme de trente-neuf ans, rhumatisante, toussant depuis sept à huit ans, sans hérédité tuberculeuse. Œdème des jambes, avec gêne précordiale et douleur dans le côté gauche, palpitations violentes.

A l'examen, la pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal, avec pouls régulier et petit. Double bruit de souffle, l'un caractéristique du rétrécissement mitral, l'autre de l'insuffisance de l'orifice pulmonaire, confirmée par le tracé du pouls.

Craquements sous les clavicules indiquant une phthisie coïncidant avec la lésion de l'artère pulmonaire. (*Soc. de méd. de Lyon*, mai.)

Une exception à cette règle a cependant été observée par le docteur Duguet, à l'hôpital Tenon, sur un garçon de seize ans et demi, rhumatisant, avec doutes d'hérédité tuberculeuse. Après une endocardite de la base du cœur

constatée par M. Rigal, le malade présente un souffle systolique très fort, rude, en dedans du deuxième espace intercostal gauche, contre le sternum, au foyer même du souffle caractéristique du rétrécissement de l'artère pulmonaire. Tous les autres orifices du cœur paraissent sains; pouls normal, absence de cyanose, le prolongement systolique dans l'aorte et lé murmure musical des carotides n'étant que l'expression de l'état anémique très marqué du sujet. Aucune trace de tuberculose pulmonaire. (*Soc. méd. des hôp.*, mars, et *Union méd.*, nº 114.)

Ce rétrécissement acquis de l'artère pulmonaire, sans aucun signe de tuberculose, est donc un exemple bien net que la phthisie, même héréditaire, ne coïncide pas par hasard avec lui, car, si ce sujet devient tuberculeux par la suite, il sera comme une démonstration expérimentale que c'est bien le rétrécissement qui la détermine.

Phosphaturie. L'élimination de l'acide phosphorique dans l'urine des phthisiques s'opère, selon le professeur Stokvis, comme chez tous les individus, suivant l'élévation de la température du corps, le régime, l'inanition, etc. Le traitement par les phosphates pour remédier à cette déperdition est donc une pure inanité. (*Congr. intern. d'Amsterdam.*)

Point apophysaire cervical. De même que l'ulcère simple de l'estomac donne lieu à un point apophysaire dorsal et les affections abdominales au point lombaire, comme certaines névroses et névralgies coïncident avec une irritation spinale en divers points, M. Luton a constaté un point spécial dans la phthisie tuberculeuse. Il occupe de préférence la troisième apophyse épineuse, en partant d'en haut; il est franc, bien accusé, de telle sorte que, en appuyant quelque peu à ce niveau, le malade se soustrait à la douleur, en faisant un véritable plongeon; on sent, en même temps, par la pression, une sorte de crépitation amylacée, qui, du reste, n'est pas exclusive à ce cas. On peut trouver plus haut, mais surtout plus bas, d'autres foyers de douleur, dans les circonstances les plus diverses; mais les résultats de l'exploration n'ont jamais la même netteté.

C'est dans la phthisie pulmonaire que le point apophysaire s'accuse de la manière la plus précise, et pour le

siège et pour l'intensité. Sur 14 cas pris au hasard, 11 fois le signe a existé d'une façon non équivoque; dans les autres circonstances, ou bien il a fait défaut, ou bien il était moins fort et situé plus bas.

Il s'est encore retrouvé, bien caractérisé, chez un cardiaque. Sur d'autres malades, atteints d'affections diverses, on constate parfois l'existence de foyers douloureux et crépitants, occupant telle ou telle apophyse cervicale; mais on ne les voit jamais plus nombreux et plus intenses que chez les rhumatisants et surtout chez les hystériques.

Ce signe s'est montré aux différentes périodes de la phthisie ; mais c'est au début de l'affection qu'il importe surtout de le constater. Il est ainsi très précoce dans son apparition et peut compter parmi les premiers indices du mal. Lorsqu'on ne trouve encore que la respiration saccadée, l'expiration prolongée, de la submatité sous la clavicule, quelques craquements secs, etc., il est d'autant plus accusé qu'on est plus près du début : ce qui lui donne une valeur plus grande. (*Union scientif. du Nord-Est.*)

Mort subite par thrombose pulmonaire. Au lieu d'arriver exclusivement par la désintégration de la fibre musculaire du cœur, comme M. Vinay a cherché à le prouver par un exemple (voy. *année* 1878), c'est à la fois par l'impuissance du myocarde, presque toujours atteint dans la phthisie et l'anémie cérébrale, que la syncope finale arrive le plus souvent, suivant M. Huchard. Le cerveau, dit-il, n'envoie plus au cœur l'influx nerveux nécessaire à son fonctionnement, et le cœur, en retour, n'envoie plus au cerveau le sang qui le nourrit et l'anime; c'est un cercle vicieux morbide, duquel le malade ne peut sortir, et la vie s'arrête... Il n'est donc pas besoin d'aller en chercher la cause dans une lésion microscopique, sinon dans une action réflexe, qui, partant de la lésion pulmonaire, serait transmise par l'intermédiaire des filets centripètés du pneumo-gastrique à la moelle allongée, comme M. Perroud l'a expliqué.

Une cause aussi positive et évidente, que celles-ci sont hypothétiques, amène encore la mort subite : c'est la coagulation du sang, par suite de son altération profonde et de l'affaiblissement progressif de la contractilité du cœur. En se faisant dans l'artère pulmonaire, où des caillots ont

d'autant plus de disposition à se former que le sang qui la traverse est riche en acide carbonique et pauvre en oxygène, la vie s'éteint aussitôt, non par syncope, mais par asphyxie. Et, à l'appui, il relate l'observation d'un phthisique de cinquante-neuf ans, qui, en se levant de son lit pour aller uriner, s'affaissa tout à coup. En moins de dix minutes, il était mort en suffoquant. Il était asphyxié, et l'autopsie montra un caillot ramifié dans la branche gauche de l'artère pulmonaire, se bifurquant en deux branches régulières et se prolongeant jusque dans les divisions de quatrième ordre et sans aucune adhérence. Ce caillot considérable, arborescent, feuilleté, assez ferme et résistant, formé sur place, était donc bien cause de la mort, sans qu'il soit besoin d'en invoquer d'autre. (*Union méd.*, nos 9 et 10.)

Embolies cérébrales. En l'absence de toute lésion cardiovasculaire ni diathésique, le professeur Wannebroucq, de Lille, n'hésite pas à attribuer l'embolie de la sylvienne gauche, trouvée à l'autopsie d'un tuberculeux de quarante-cinq ans, à la migration de quelque caillot provenant d'une veine pulmonaire. C'est un mécanisme sur lequel on a peu attiré jusqu'ici l'attention, et, la fréquence des caillots dans les veines pulmonaires étant donnée, on s'étonne que les accidents de ce genre ne soient pas plus fréquents.

Cette embolie complète par un caillot blanc jaunâtre non autochtone, à un centimètre un quart environ de l'origine de la sylvienne au-dessus de l'artère communicante, se manifesta par une paralysie subite du membre inférieur droit, qui s'étendait, dès le lendemain, à tout ce côté du corps, la face y comprise, avec perte graduelle et complète de la parole. Sauf un peu de ramollissement de l'insula et de la troisième frontale, toutes les autres circonvolutions étaient absolument saines dix jours après cet accident. Ce fait est donc en contradiction avec les idées reçues sur la circulation cérébrale, d'après Duret, à moins qu'une anastomose accidentelle de la sylvienne n'ait empêché son oblitération d'entraîner la nécrobiose de toute la région fronto-pariétale, qu'elle nourrit à elle seule. (*Soc. centrale de méd. du Nord* et *Bull. méd.*, juin.)

Traitement. *Inhalations de benzoate de soude.* C'est le nouveau traitement préconisé par la presse allemande et dont l'auteur est le docteur Kroczak, assistant du professeur Rokitansky d'Inspruck. Il s'agit tout simplement de faire inhaler deux fois par jour, durant sept semaines consécutives, au moyen du pulvérisateur de Siègle, une solution à 5 pour 100 de benzoate de soude dans la proportion d'une partie de ce sel pour 1000 du poids du corps du malade. Et comme les vapeurs s'échappent dans l'air de la pièce, le malade doit y séjourner une heure au moins après l'inhalation. L'appétit, qui se développe bientôt sous l'action de ce traitement, doit être entretenu par un régime tonique, fortifiant, les promenades au grand air et lè défaut d'influences déprimantes.

On comprend aisément que ces inhalations puissent réprimer la formation du mucus ou du pus dans la bronchiectasie et même dans les cavernes pulmonaires. Le vieux baume de Friard a été longtemps employé à cet effet. Mais tout autre est celui de ce traitement. Il est employé comme toxique de la bactéridie spécifique de la tuberculose qu'il détruirait et contre les complications inflammatoires en résultant. C'est malheureusement là une simple théorie dont les auteurs sont le professeur Klebs de Prague et le docteur Max Schneller de Greifswald. On dit bien que ce traitement fait merveille, mais on ne cite encore ni observations, ni statistiques à l'appui. Il suffit d'ailleurs de savoir que les vapeurs de cet acide sont très irritantes pour être contre-indiquées toutes les fois que la gorge, le larynx et les bronches sont enflammées et impressionnables. Elles provoquent même de la toux chez les personnes bien portantes.

Créosote au baume de tolu. En employant le vin créosoté de MM. Bouchard et Gimbert, le docteur Reuss a observé chez ses phthisiques, après un certain temps d'usage et alors que tous les symptômes s'amendaient, des douleurs à la gorge coïncidemment avec une diarrhée persistante. C'est ainsi qu'un phthisique de vingt-deux ans, arrivé à la deuxième période, et qui, sous l'influence d'un traitement actif dont le vin créosoté formait la base, paraissait en voie de guérison, — la quantité des crachats étant descendue

de 75 grammes à 25, — une laryngite ulcéreuse rebelle se montra avec œdème et diarrhée consécutive et détermina la mort en trois à quatre mois.

Si la diarrhée peut être la conséquence des ulcérations ultimes de la tuberculose, ne peut-elle être produite aussi par l'usage d'un médicament aussi irritant que le vin créosoté ? Les ulcérations de la gorge, développées dans le cas précédent, semblent l'indiquer. Il s'agissait donc d'associer la créosote à un adjuvant mieux approprié, comme l'huile de foie de morue. Mais, en retrouvant celle-ci dans les excréments d'un phthisique qui en prenait, M. Reuss en a conclu qu'elle n'était pas émulsionnée, en raison même de la tuberculose du pancréas ou de la destruction des glandes à suc gastrique, et qu'ainsi elle ne pouvait que provoquer ou entretenir la diarrhée qu'il s'agit de prévenir.

La glycérine, employée pour remplacer l'huile, n'a pas mieux réussi, car son passage dans la gorge, fréquemment répété, occasionne de la cuisson et une inflammation consécutive. Des essais faits avec des capsules contenant 20 centigrammes de goudron pour 5 de créosote ayant échoué, le baume de tolu s'est présenté comme le meilleur adjuvant, car, en dissolvant la créosote, il ajoute à son action sur les bronches et l'expectoration. Administrée sous forme de dragées contenant 20 centigrammes de baume de tolu pur pour 5 centigrammes de créosote, à la dose de deux le matin et deux le soir, cette préparation a donné les résultats suivants :

Sur 20 phthisiques, 14 ont eu à s'en louer. Après huit jours, l'oppression diminuait et cessait, ainsi que l'expectoration, et la toux suivait une marche décroissante. La purulence des crachats, existant dans huit cas, disparaissait, ainsi que leur fétidité, après un mois à six semaines. L'appétit revenant, les malades ont repris des forces, par la cessation de la fièvre et des sueurs. Le poids a augmenté dans six cas. Il y a eu trois insuccès et trois décès. (*Journ. de thérap.*, août, n° 16.)

Expectoration. Lorsqu'elle est abondante, bronchitique ou caverneuse, M. Peter emploie de préférence le sirop de tolu associé à celui de térébenthine, 30 grammes de chacun, dans trois tasses d'infusion de bourgeon de sapin ou

dans l'eau de goudron. On a conseillé aussi la sève de pin maritime, à la dose d'un à deux verres par jour. L'effet le plus apparent de la créosote (*Bouchard* et *Gimbert*) dans du vin ou de l'huile de foie de morue (0,20 de créosote de goudron de hêtre pour une cuillerée à soupe) est une amélioration de l'expectoration. La créosote n'excite peut-être l'appétit qu'en irritant l'estomac, de la même manière qu'il l'est le lendemain d'un fort repas. La glycérine, chimiquement neutre, calme aussi la toux et diminue l'expectoration (deux ou trois cuillerées à soupe par jour, pure ou étendue d'eau).

Le kermès (2 à 18 centigr.) modifie avantageusement une expectoration accompagnée de fièvre.

Les eaux sulfureuses, contre-indiquées par la fièvre et la tendance aux hémoptysies, diminuent et modifient l'expectoration catarrhale ; elles agissent sur l'élément *catarrhe* seul, et par une action substitutive ; les eaux sulfureuses ne sont pas un spécifique de la tuberculose. Toutes leurs prétendues merveilles se bornent à leur action sur la muqueuse bronchique. Elles ne sont pas indiquées autrement. Elles conviennent ainsi moins au début qu'à la période confirmée, si ce n'est pour provoquer une sorte de *remontement général*, selon l'expression de Bordeu.

Commencer dans tous les cas, et surtout si l'on prescrit des eaux sulfureuses sodiques, par de très faibles doses, même par une cuillerée à bouche. Les eaux sulfureuses calciques froides, faiblement pyrétogènes, sont celles d'Enghien, de Pierrefonds. Les inhalations, le humage, la pulvérisation n'ont d'action que sur les localisations pharyngolaryngées. (*Idem.*)

Toux. Contre la toux quinteuse, spasmodique, fatigante, comme dans la coqueluche, résultant de l'irritation du pneumo-gastrique par les granulations, M. Peter prescrit avec avantage, de préférence à l'opium seul, des pilules de 1 centigramme d'extrait, avec la moitié d'extrait de belladone. Si la première ne suffit pas à calmer la toux et à amener le sommeil, on en donne deux.

Vomissements. Loin d'être exclusivement provoqués par la toux, comme on l'admet, ils résultent, suivant M. Peter, de

l'irritabilité des bronches terminales du pneumo-gastrique par les aliments ingérés. La toux gastrique n'en est que la cause occasionnelle. Une goutte de laudanum dans une cuillerée d'eau avant le repas, ou une cuillerée de potion morphinée ou opiacée équivalente, en calmant l'estomac, les prévient mieux qu'une pilule. Si la dyspepsie persistante, se révélant par la pesanteur d'estomac après le repas, empêche les digestions, deux ou trois gouttes d'acide chlorhydrique, dans deux ou trois cuillerées d'eau, rendent la digestion meilleure et facilitent l'assimilation, qui est la plus sûre voie de combattre indirectement le mal. (*Thérap. des tuberculeux.*)

Sueurs. La cause doit en être distinguée, suivant M. Peter, pour les combattre plus sûrement, selon qu'elles sont *fébriles* ou *colliquatives*. Les premières cessent très bien par l'usage de 25 à 50 centigrammes de sulfate de quinine; les autres, celles qui suivent le sommeil, sont combattues par l'agaric, 20 à 30 centigrammes avant le sommeil ; mais l'usage provoque consécutivement la diarrhée. L'acétate de plomb associé à l'opium n'a pas cet inconvénient. Le tannin et le sulfate d'atropine peuvent aussi être employés. mais tous les médicaments, par leur usage continu, peuvent s'accumuler ou produire des accidents lents, latents, si l'estomac, les reins, le foie, ne sont pas dans des conditions normales, comme c'est souvent le cas. Aussi préfère-t-il les lotions d'eau vinaigrée sur tout le corps pendant cinq minutes, le soir avant le sommeil. Ce rafraîchissement de la peau suffit souvent à les tarir, sans aucun danger à courir.

Phthisie syphilitique. *Caractères extérieurs.* Au tableau clinique qu'il a tracé de cette variété morbide en 1876, M. A. Fournier ajoute un cas type, pour montrer combien elle diffère peu de la phthisie tuberculeuse et le danger qu'il y a à les confondre, quand un signe spécifique extérieur n'en décèle pas la véritable origine. Chez sa malade, ce fut un ulcère phagédénique tertiaire du pied qui compliquait une phthisie commune en apparence, arrivée au troisième degré. On négligea donc celle-ci pour ne s'occuper que du traitement spécifique du phagadénisme, lorsque, à la grande surprise de l'observateur, on les vit se modifier

rapidement et guérir simultanément. Condamnée à sortir de l'hôpital par la porte de l'amphithéâtre, cette femme le quitta par la grande et parfaitement guérie. (*Acad. de méd.*, novembre 1878, et *Union méd.*, nos 141 et 142.)

Si les faits analogues ne sont plus rares, ils sont loin d'avoir toujours une issue aussi favorable. Un homme de quarante-cinq ans avait été traité par M. Gougenheim, à l'hôpital Temporaire, d'accidents manifestement syphilitiques, coïncidant avec une phthisie pulmonaire très-avancée du côté droit. En trois ou quatre mois, la guérison était complète ; mais, un an après, cet homme venait mourir à l'Hôtel-Dieu annexe, et M. Gougenheim constata, à l'autopsie, une infiltration tuberculeuse généralisée du poumon droit, avec une masse friable à la base, due à la régression d'une vieille gomme, ou à la crétification d'un vieil épanchement enkysté, tandis que le poumon gauche présentait de la pleuro-pneumonie partielle, avec épanchement laiteux tenant de la matière caséeuse en suspension, avec des cavités provenant de la fonte de gommes, conséquence de la syphilis. Celle-ci ne produit donc pas celle-là ; les deux diathèses peuvent coexister, sans que la guérison de l'une fasse disparaître l'autre. (*Soc. méd. des hôp.*)

La tuberculose se montre ainsi souvent plus tenace que la syphilis, quand elles sont indépendantes. Tel est le cas d'une femme de dix-huit ans, entrée dans le service de M. Th. Anger, pour un écoulement jaunâtre, avec débris d'ulcérations spécifiques et des plaques muqueuses. Malgré le traitement spécifique, une roséole apparaît cinq semaines après, puis des troubles de la vision à gauche, avec irido-choroïdite, qui fait bientôt perdre l'œil, alors que la toux, l'amaigrissement et la perte de l'appétit sont les avant-coureurs d'une tuberculose presque galopante, qui conduit rapidement au tombeau. L'autopsie montre des tubercules partout, dont un, gros comme une amande, sur la choroïde de l'œil gauche, tandis que le droit est absolument sain. (*Soc. de chir.*, novembre 1878.) Voy. TUBERCULOSE DE L'ŒIL.

L'observation, faite dans les hôpitaux militaires, de syphilis suivies de phthisie pulmonaire, a montré au docteur Robinson que celle-ci se manifeste sous deux formes distinctes : l'une, très-rare, affectant primitivement la base, et l'autre le sommet de l'un ou des deux poumons. C'est la plus com-

mune. De là la difficulté de la diagnostiquer, car, à l'auscultation, elle donne une inspiration haute, rude, avec expiration semblable, et une résonnance vocale plus ou moins distincte.

Une discussion récente à la Société pathologique de Londres, sur la syphilis viscérale, est arrivée à cette conclusion : que la syphilis pulmonaire se rencontre rarement à l'amphithéâtre. L'observation du docteur E. Thompson, à l'hôpital des phthisiques de Brompton, lui a montré que la syphilis est une altération diffuse des lymphatiques, d'abord localisée aux alvéoles, et s'étendant le long des bronches, dont elle amène l'épaississement et la dilatation, avec la dyspnée consécutive. Son signe caractéristique est dans le ton sourd rendu à la percussion au-dessus et au-dessous de la clavicule, pour devenir normale un peu plus bas.

Il n'y a pas là, comme on voit, de signe bien distinctif pour diagnostiquer la phthisie syphilitique de la phthisie tuberculeuse.

PILOCARPINE. Alcaloïde du jaborandi ou *Pilocarpus pinnatus*, dont les propriétés sudorifiques et sialalogues ont fait le remède le plus actif et le plus employé cette année. De là son nom. 100 kilogrammes de feuilles de jaborandi donnent environ 70 grammes d'alcaloïde. C'est un liquide sirupeux, visqueux, soluble dans l'eau, l'alcool et le chloroforme, formant des sels cristallisables avec les acides. D'où les nitrates, sulfates et chlorhydrates. Celui-ci en particulier, le plus usité, forme des cristaux blancs, transparents, d'une saveur légèrement amère, solubles dans l'eau. 2 centigrammes équivalent en action à la décoction de 5 grammes de feuilles dans 120 grammes d'eau. La morphine et surtout l'atropine sont antagonistes de son action, qu'elles arrêtent rapidement.

Une injection hypodermique de 2 centigrammes de pilocarpine détermine, en deux à trois minutes, une vive rougeur de la face, avec chaleur intense et une salivation si abondante que le malade peut à peine parler. La quantité rendue varie de 300 à 750 grammes en trente à quarante minutes. Elle est filante et légère. Celle des brightiques est albumineuse, comme celle des diabétiques contient du sucre. (Voy. ALBUMINURIE.)

La diaphorèse se manifeste aussi en deux à trois minutes. Le front, la poitrine se couvrent de gouttelettes de sueur, et ensuite tout le reste de la peau. Il y a même de la lacrymation; au contraire, l'urine est plus rare.

Ces phénomènes généraux ne peuvent se manifester sans que le pouls, la température augmentent. Mais cette excitation est passagère, et en deux à trois heures, parfois moins, tout est rentré dans l'ordre. Il y a même du refroidissement ensuite. Quoique employée généralement en injections hypodermiques (voy. *ce mot*), la pilocarpine peut l'être en poudre ou en pilules, à la dose de 2 centigrammes, en la mélangeant à du sucre ou toute autre poudre inerte.

Diaphorétique par excellence, la pilocarpine a été employée contre les hydropisies pour soulager la fonction rénale par la sudation. Nothnagel l'a donnée ainsi contre une hydropisie généralisée, coïncidant avec une néphrite chronique. De 5 à 900 c. c. par jour, l'urine s'éleva à 2000 et 5000 grammes, aussitôt après l'absorption du médicament, sans augmentation notable de la sueur, et l'hydropisie disparut. Mais c'est là un fait tout exceptionnel, dont le succès ne s'explique pas, car cet alcaloïde n'est pas diurétique, et il est même dangereux de l'employer quand les reins sont malades. Aucune diurèse ne suivit l'administration de deux doses de jaborandi à une femme hydropique par néphrite aiguë. L'injection d'un centigramme par M. Spillmann à une fille de huit ans, atteinte de néphrite scarlatineuse avec anasarque, n'empêcha pas la mort. Malgré les succès obtenus par le docteur Lorber dans les cas de ce genre, il n'y a donc pas lieu d'administrer ce médicament pour prévenir l'urémie contre l'anasarque ou l'œdème lié à la néphrite, pas plus qu'aux lésions cardiaques. On ne saurait admettre son innocuité, après les faits relatés à l'Association française (voy. INJECTIONS DE PILOCARPINE). Le tannin à haute dose est beaucoup plus efficace et sans danger.

Par la vive réaction qu'elle provoque, la pilocarpine convient mieux contre les accès d'éclampsie et ceux de la fièvre intermittente, en arrêtant le frisson, comme des succès en sont relatés (voy. FIÈVRES INTERMITTENTES). Mais il serait oiseux de compter sur son action directe sur l'utérus (voy. ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ), pas plus que sur l'œil. (*Arch. de méd.*, septembre).

Les nombreux essais faits avec ce nouveau et puissant remède ne permettent donc pas d'en fixer définitivement l'action. C'est une question à l'étude. Mais, en raison même de son action sudorifique, rapide et profonde, il convient d'être réservé et prudent dans son emploi, car il doit agir mal quand il n'agit pas bien. Il ne saurait rester inactif.

PLACENTA. *Epaississement et induration de son insertion.* Il est généralement admis et accrédité que le col utérin, lorsque le placenta y adhère, est ordinairement mou et très dilatable, en raison même du saignement abondant dont il est le siège en pareil cas. Leishmann dit ainsi qu'on lui trouve un caractère de demi cuit, particulier au toucher, dû à sa perméabilité par les gros vaisseaux de la circulation placentaire; ce qui rend la version podalique d'autant plus aisée à exécuter. (*System of midwifery*, 2e édition.) La main trouve ainsi le segment inférieur mou et sans résistance, dans le cas de placenta previa, dit le docteur Carter, dans son *Manuel d'accouchement*. On trouverait probablement la même indication dans les auteurs français, car le docteur Barnes affirme n'avoir connaissance d'aucune remarque contraire dans la littérature anglaise ou étrangère à ce sujet. Lui seul paraît avoir fait exception en signalant cette erreur dans ses *Obstetric operations*. Si accrédité est le dogme hypothétique de la dilatabilité du col par les hémorrhagies, que la dilatation est toujours tentée dans le cas d'implantation vicieuse du placenta. Malheureusement ce dogme est faux, comme le prouvent les exemples de lacération du col et d'hémorrhagies traumatiques résultant de la force développée pour introduire la main à travers ce prétendu col dilatable dans les insertions du centre. Le danger de la septicémie et de la métrite en est la conséquence.

Une induration spéciale, avec épaississement, est ainsi, suivant le docteur Roper, médecin de la Maternité royale de Londres, un fait clinique constant et un signe distinctif du siège même de l'adhérence du placenta, qu'elle existe au fond ou sur les côtés de l'utérus, comme sur son col. Et il relate à l'appui deux cas d'adhérence centrale, où le col était si épais, induré, rigide, qu'après la version podalique, le tronc resta engagé dans le col pendant huit heures, sans pouvoir l'extraire, malgré l'administration du seigle ergoté.

Il fallut recourir définitivement à la céphalotripsie. Il y eut lacération du col dans le second cas, que l'accoucheur trouva dur, épais et rigide, comme un col atteint de dégénérescence. C'est donc un fait à vérifier. (*Lancet*, octobre, n° 17.)

M. Barnes n'admet pas, avec M. Roper, que cette induration du col soit pathologique, excepté par son siège. La gestation étant physiologiquement ectopique, les changements provoqués par l'insertion placentaire sont les mêmes dans la zone inférieure ou équatoriale de l'utérus que dans son fond. La première est seulement moins bien adaptée à cet effet. La superficie de l'insertion est ainsi plus limitée, la structure placentaire plus concentrée, et il en résulte un plus grand développement des vaisseaux, l'épaississement des parois utérines et l'énorme ectasie des vaisseaux.

Deux conditions s'ensuivent : 1° la transsudation des sinus plutôt que des vaisseaux dans le tissu propre de l'utérus, qui l'infiltre et le gonfle et dont le sérum, en se condensant, peut être la source de l'hyperplasie ; 2° la grande proportion de fibrine dans le sang et la lenteur de sa circulation dans les sinus prédisposent à son arrêt, à son dépôt et à des thromboses consécutives. Ces conditions spéciales à toute insertion placentaire sont surtout marquées au col, dont la rigidité est encore augmentée dans ce cas, parce que, le travail étant prématuré, l'utérus est comm surpris avant que son tissu ait atteint le développement nécessaire au facile accomplissement de la délivrance. L'agent naturel de la dilatation manque ainsi, quand une tête petite et molle, sinon l'épaule ou le siège, comme c'est souvent le cas, reposent sur ce placenta.

Toutes ces raisons anatomiques, physiologiques ou cliniques, contre-indiquent donc la vieille pratique de l'accouchement forcé dans les cas d'insertion vicieuse du placenta. Il n'est pas scientifique, mais violent, brutal même et dangereux. Des méthodes plus rationnelles et plus sûres doivent être adoptées, pour donner le temps au col de se dilater et de diminuer ainsi les obstacles que forme l'adhérence placentaire, en la détruisant lentement par la pression de l'eau, s'il en est besoin, en ne délivrant qu'après une dilatation suffisante et par la méthode bipolaire, qui rend l'introduction de la main inutile. (*Idem*, 8 novembre.)

Absorption. Elle a été démontrée par M. Porak, en administrant différents médicaments aux femmes en travail et en en constatant ensuite la présence, par les réactifs, dans l'urine des nouveau-nés. L'iodure de potassium, le chloroforme, l'acide salicylique, le salicylate de soude, le prussiate jaune de potasse, le chlorate de potasse, le bromure de potassium, le sulfate de quinine, la santonine, l'essence de térébenthine, le sel de nitre ont été ainsi constatés dans l'urine de l'enfant après la naissance ; mais le résultat a été négatif pour l'asperge, la rhubarbe, le mercure, l'iodure de fer, soit que les doses aient été trop faibles ou que ces agents n'aient pas été absorbés. Le placenta n'est donc pas un filtre imperméable, et s'il n'est pas encore possible, d'après cela, d'instituer une thérapeutique fœtale, du moins peut-on espérer y parvenir. (*Archiv. de tocol.*, décembre 1878.)

PLEURÉSIE. *Froissement pleurétique.* Ce bruit particulier simule le râle crépitant du premier degré de la pneumonie et ne s'entend que dans l'inspiration. Son siège d'élection est à la partie moyenne d'une ligne qui, partant du creux axillaire, tomberait directement à la base du thorax.

Il se manifeste en général, d'après le docteur Collin, chez les rhumatisants ayant eu des douleurs aux épaules ou aux bras, et serait un signe de l'arthritisme sur les voies respiratoires. Son premier retentissement a lieu sur la plèvre et simule ainsi une pleurésie sèche, sans douleur ni fièvre apparente. Ce n'est que plus tard, et par contiguité, que la congestion pulmonaire a lieu. (*Acad. de méd.*, mars.)

Congestion pulmonaire. Lorsqu'elle accompagne la pleurésie, elle peut, suivant M. Potain, troubler les phénomènes d'auscultation, au point de simuler une plus grande quantité de liquide qu'il n'en existe réellement. Chez un malade qui présentait ainsi tous les signes d'un épanchement énorme, avec déplacement du cœur, la ponction ne donna que 250 grammes de liquide. Chez un autre, avec souffle extrêmement étendu, elle ne donna que 180 grammes. Les accidents généraux ayant persisté, une nouvelle ponction resta nulle. Le poumon fut même piqué sans conséquence fâcheuse. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, juillet.)

Le diagnostic de cette congestion est difficile à faire. Le professeur ne dit ni dans quels cas elle s'observe, ni les signes qui peuvent la distinguer. N'est-ce pas surtout au début des pleurésies chez les tuberculeux? Les modifications rapides produites par l'emploi des injections de pilocarpine l'indiquent surtout dans ces cas. Voy. THORACENTÈSE.

Injections de pilocarpine. Les avantages de l'emploi de l'infusion de feuilles de jaborandi au début de la pleurésie aiguë, inflammatoire, *à frigore*, ne sont plus à démontrer. Ils ont été suffisamment mis en évidence par le professeur Gubler, à l'hôpital Beaujon, et par différents travaux de ses élèves. « Le jaborandi, dit le docteur Wemaerc dans sa thèse inaugurale, n'est sans doute pas un remède souverain contre la pleurésie; mais il résulte des observations publiées que, dans la forme des épanchements que nous avons cités, la résorption du liquide sera presque toujours obtenue avec une grande rapidité. Du reste, n'agirait-il que comme révulsif par la spoliation qu'il produit, son emploi serait encore indiqué. » (Paris, 1876.)

Plusieurs observations, recueillies en ville et à l'hôpital, ont montré au docteur Landrieux qu'il n'était pas juste de limiter ainsi l'action de ce médicament et qu'il détermine dans la période d'état ou de résorption de l'exsudat, quand il n'y a pas lieu de recourir à la thoracentèse, des résultats de la plus haute importance.

Tels sont les cas d'épanchement limité au tiers inférieur, avec souffle voilé, égophonie et diminution légère des vibrations thoraciques à ce niveau.

La maladie est arrivée au troisième septenaire, et le malade, ainsi que cela se présente souvent, vient alors seulement demander les secours de la médecine, se plaignant uniquement d'une dyspnée continue, et quelquefois seulement d'un point de côté. Dans la plupart de ces cas, c'est surtout aux diurétiques, à une série de vésicatoires, que le médecin va s'adresser; tour à tour, il mettra en usage les sels de potasse, les tisanes diurétiques, les hydragogues et, comme ressource ultime, les préparations de digitale. Or, en prenant soin de faire conserver les urines des vingt-quatre heures, on peut s'assurer, six à huit jours après, que

leur augmentation est nulle ou insignifiante. Même en infusion, la digitale n'a que peu d'effet sur le liquide épanché, et cette médication ne peut que faire perdre un temps précieux, si l'on emploie simultanément les vésicatoires, qui déterminent de vives douleurs et des nuits d'insomnie. On laisse ainsi le temps aux exsudats de s'organiser, les néomembranes envahissent de plus en plus la plèvre, et l'on expose les malades à toutes les conséquences actuelles et futures d'une pleurésie chronique ou récidivée. S'il s'agit d'un enfant, la pleurésie purulente est à redouter immédiatement, et plus tard les adhérences peuvent devenir le siège de granulations tuberculeuses ou entraîner des dilatations bronchiques ou des déformations thoraciques.

Une intervention prompte, hâtive, énergique, est donc de rigueur dans ces cas, et c'est ainsi que l'auteur a employé le principe actif du jaborandi en injections sous-cutanées. Deux observations suffiront à en montrer les effets immédiats.

I. Homme de trente-cinq ans, toussant depuis deux mois, sans hérédité ni amaigrissement, traité par les vésicatoires répétés, les purgatifs, les diurétiques, sans amélioration. Epanchement limité aux deux tiers inférieurs du côté droit, avec souffle, égophonie et très légère diminution des vibrations thoraciques, fièvre très modérée, sans exacerbations vespérales ni point de côté; une dyspnée assez intense, pénible, empêche absolument le sommeil. Deux seringues d'une solution au 10e, contenant chacune 10 centigrammes de chlorhydrate de pilocarpine, sont introduites sous la peau. Dès le lendemain, tous les symptômes physiques et fonctionnels avaient disparu, et, quelques jours après, le malade était guéri, sans adhérences pleurales.

II. Homme admis à l'hôpital Beaujon le 7 mai : malade depuis un mois, point de côté droit, accès de dyspnée croissante. Matité dans le tiers inféro-postérieur du thorax; souffle doux le long de la colonne vertébrale et égophonie au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. Absence d'antécédents et de phénomènes pyrétiques. On prescrit des vésicatoires, le nitrate de potasse et l'oxymel diurétique de Beaujon. Six jours après, l'épanchement n'a pas diminué, la dyspnée est la même, et les urines n'ont pas augmenté. Les deux injections précédentes sont faites, et, dès le len-

demain, il n'y a plus qu'une légère submatité à la base et un peu de diminution du murmure respiratoire. Quelques jours après, le malade partait en convalescence.

Il suffit de se reporter aux effets habituels de la pilocarpine (voy. ACCOUCHEMENT PROVOQUÉ) pour comprendre ces résultats immédiats. La disparition rapide et complète du liquide est produite par la salivation et la transpiration abondante qui succède en quelques minutes à l'emploi de ce médicament énergique. L'infusion de 3 à 4 grammes de feuilles de jaborandi dans 100 à 150 grammes d'eau peut remplacer ces injections que l'on renouvelle au besoin. La puissance et la rapidité d'action de ce moyen sont donc d'un secours précieux dans les pleurésies à marche lente, subaiguës, et bien préférables à la médication classique. On prévient ainsi, lorsqu'elle est franche et légitime, tout accident ultérieur, et l'on met le malade à l'abri des conséquences morbides, nombreuses et variées, de toute pleurésie par les reliquats qu'elle laisse et qui sont des sources de danger pour l'avenir. (*Journ. de thérap.*, n° 13.)

Pleurésie multiloculaire. *Vibrations thoraciques*. Si, de l'aveu des meilleurs cliniciens, un épanchement cloisonné du thorax ne pouvait être reconnu autrefois qu'à l'autopsie, M. Jaccoud prétend le diagnostiquer aujourd'hui sur le vivant. Les vibrations thoraciques plus ou moins visibles sur le trajet des adhérences, reliant solidement le poumon à la paroi costale, et le fremitus vocal perçu sur ces points sont les moyens qui lui servent à cet effet. Si, dans les épanchements médiocres, séreux, ces vibrations existent dans toute l'étendue de la matité par l'homogénéité du liquide transmettant les ondes sonores, — signe que le professeur Baccelli, de Rome, a si ingénieusement appliqué à la séméiologie du liquide épanché — elles sont en général assez affaiblies pour les distinguer.

Ses recherches cliniques à ce sujet, depuis une dizaine d'années, lui ont fait admettre deux types distincts. Dans le premier, tous les signes d'un épanchement ordinaire existant sur un côté du thorax, les vibrations s'observent surtout sur un espace s'étendant parallèlement aux côtes, de la colonne vertébrale au sternum, tandis qu'elles sont nulles partout ailleurs. Cette bande indique le siège des

adhérences. La respiration et la voix bronchique au niveau de cette zone vibrante, tandis que le silence respiratoire et vocal est complet ailleurs, sauf sous la clavicule, sont les principaux signes physiques de ce cloisonnement simple.

Dans le second type, les vibrations sont conservées plus ou moins affaiblies dans toute l'étendue de la matité, sauf à la partie inférieure du thorax en arrière, à un ou deux travers de doigt de hauteur. Dans quatre cas de ce genre, une matité de pierre existait dans toute la partie sus-diaphragmatique, avec généralisation d'un souffle bronchique éclatant et bronchophonie forte. Ces signes indiquent des cloisonnements multiples de la plèvre par des brides allant du poumon à la paroi costale, sans diviser l'épanchement.

La faiblesse des vibrations est ici distinctive de celles plus fortes des épanchements séreux homogènes et peu abondants, de même que la conservation du fremitus vocal les sépare des épanchements uniloculaires complets, à matité absolue, avec souffle bronchique généralisé.

Pour établir ces distinctions précises, il ne suffit donc plus d'ausculter, ni de percuter la poitrine à couvert; il faut l'inspecter, l'examiner à nu, ce qui n'est pas toujours facile et praticable en ville. Quant à l'utilité de cet examen, il suffit, pour en faire justice, de cet aveu de M. Raynaud : que la théorie précédente, quant aux variations, aux différences étiologiques des vibrations thoraciques, est loin d'être toujours d'accord avec les faits fournis journellement par la clinique. C'est là, dit-il, un sujet très variable, suivant les épanchements et les individus eux-mêmes. Il y en a qui vibrent et d'autres qui ne vibrent pas. C'est donc une ambition exagérée que de vouloir tirer des conclusions définitives d'un type aussi fugace, fugitif, variable, d'après quatre à cinq faits dont un seul avec autopsie, d'autant moins que, de l'aveu même de l'observateur, dans les trois cas terminés par la guérison, le concours des signes sur lequel il repose a fait défaut. D'ailleurs, si les vibrations étaient dues à la tension des adhérences membraneuses qui forment les cloisons de la pleurésie, elles devraient disparaître après la ponction, et le contraire a précisément lieu, comme M. Raynaud l'a constaté expérimentalement en 1876, avec un appareil mécanique enregistrant ces vibrations du thorax.

Le diagnostic de ces adhérences est sans doute d'une importance capitale, car il emporte un pronostic plus grave, selon M. Jaccoud. Outre que la résorption des épanchements cloisonnés est plus lente, les adhérences, qui persistent après, peuvent entraîner de fâcheuses conséquences. De plus, la thoracentèse ne lui est guère applicable, sauf les cas de suffocation imminente, à cause des incertitudes du siège de la ponction et des méprises, des graves accidents qui peuvent en résulter. Le danger en est surtout considérable dans les adhérences du diaphragme. Le déplacement du cœur n'en offre plus ainsi une indication formelle. Sa dislocation peut être fixée par des adhérences, et la ponction reste alors sans effet apparent. L'absence de vibration, de souffle et de ralentissement bronchique dans la zone sous-mamelonnaire gauche rend surtout ce diagnostic difficile pour le cloisonnement de l'épanchement antéro-inférieur. C'est seulement par la voie indirecte du rhythme respiratoire de l'épigastre et de l'hypochondre et la diminution du tympanisme de l'espace semi-lunaire, que M. Jaccoud peut trouver quelques signes bien vagues des adhérences dans cette région. Le renversement des mouvements normaux de l'épigastre et de l'hypochondre, c'est-à-dire un retrait respiratoire et une projection expiratoire, en serait ainsi un signe, lorsqu'il est accompagné de ce fait pathognomonique d'une dépression active des espaces intercostaux inférieurs à chaque inspiration, surtout à partir du sixième ou du septième. Une traction des côtes vers la ligne médiane coïncide même avec cette dépression dans la même étendue, et un mouvement contraire dans l'expiration.

En indiquant la probabilité d'adhérences du diaphragme, ce signe délicat et difficile doit mettre en garde contre l'emploi de la ponction au siège ordinaire, à moins de s'exposer à plonger le trocart dans la cavité abdominale, comme ce malheur est arrivé à Girgensohn, médecin des hôpitaux de Riga. M. Raynaud lui-même, assisté de M. Dieulafoy, ayant ponctionné pour des raisons spéciales dans le neuvième espace intercostal, piqua la rate de 6 centimètres de profondeur. Aussi considère-t-il le septième espace intercostal comme les colonnes d'Hercule du trocart, dans les épanchements pleurétiques. Quant à l'épanchement sous-

mamelonnaire gauche, la règle pour lui est de ne jamais ponctionner en ce point, sous peine d'atteindre le foie, l'estomac ou le cœur, malgré la plus parfaite connaissance des dispositions anatomiques de ces organes. Se fier pour cela aux indications de M. Jaccoud, ce serait s'exposer aux plus graves éventualités.

M. Woillez, qui, l'un des premiers, s'est occupé de ces signes dans son *Traité de l'auscultation*, ne croit pas que l'affaiblissement des vibrations locales, le souffle bronchique éclatant et la bronchophonie forte puissent être considérés comme fondamentaux. Leur réunion est exceptionnelle. Le cloisonnement n'a pas d'ailleurs une portée si grave pour le pronostic, sinon quand il y a, par exception, aplatissement du poumon ou dilatation consécutive des cavités cardiaques; la purulence suffit pour expliquer l'insuccès de la thoracentèse. C'est le contraire des adhérences du diaphragme qui la rendent souvent difficile et dangereuse.

Les vibrations thoraciques ne sont pas si pathognomoniques, d'après M. Moutard-Martin, car il les a observées après la ponction, sur le côté même qui en avait subi un retrait appréciable. Il a pu diagnostiquer aussi la pleurésie cloisonnée lorsque l'épanchement faisait une saillie en avant. Et, dans le cas où il était purulent, il en a obtenu la guérison complète par la thoracentèse. Il est donc exagéré de dire qu'il ne faut pas toucher à ces pleurésies cloisonnées sous peine de mort. La thoracentèse est, au contraire, applicable dans ces cas, quand il n'y a pas récidive, sous la dépendance ordinaire de la diathèse tuberculeuse. (*Acad. de méd.*, avril, mai et juin.)

Pleurésie putride. *Signe de gangrène pulmonaire* (?) C'est sous ce titre impropre que le docteur Fraenkel désigne les épanchements fétides et les conditions qui provoquent cette fétidité. L'entrée de l'air atmosphérique dans la cavité pleurale en est la plus fréquente par l'ouverture d'une caverne, l'empyème, une fistule de l'œsophage, etc.; le dépôt des germes qu'il contient, dans le liquide épanché, en détermine la putréfaction. On ne saurait donc dire exactement pleurésie putride.

La pleurésie déterminée par le voisinage d'un noyau de gangrène pulmonaire du poumon justifie-t-elle mieux cette

nouvelle dénomination? Nullement, car ce n'est toujours que par la fétidité communiquée au liquide épanché consécutivement, qu'il peut être un signe important d'une gangrène pulmonaire latente, signe que l'auteur veut surtout mettre en évidence par *une* observation.

Un garçon de vingt ans subit une fièvre typhoïde à forme ataxique d'une certaine gravité. Pendant la convalescence survient un épanchement pleurétique abondant. Une ponction exploratrice donne un liquide trouble et très fétide, avec des bactéries et des particules organiques en suspension. Aucune odeur fétide de l'haleine ni des crachats n'indiquait une gangrène pulmonaire. Néanmoins, se basant sur d'autres observations pour admettre que cette odeur fétide était communiquée au liquide par le voisinage d'un foyer gangréneux, l'auteur n'hésita pas à exécuter immédiatement l'empyème. On fit des lavages antiputrides dans la plèvre, et la guérison s'ensuivit.

Est-ce donc là une preuve de l'existence d'un noyau de gangrène? et est-ce bien le cas de conclure qu'il peut exister sans se révéler par une douleur intense, ni expectoration, ni haleine fétide? Les signes relatés sont bien plutôt en faveur d'un épanchement qui allait devenir purulent, et c'est en cela que l'empyème précoce a pu être utile. Tel est le positivisme allemand. (*Berl. klin. Woch.*, nos 17 et 18.)

Le titre de *pleurésie gangréneuse* serait mieux justifié par l'observation de M. Rendu.

Un homme de quarante-quatre ans entre dans son service avec tous les symptômes d'un épanchement pleurétique. L'épanchement est devenu purulent; à la période ultime, le malade a eu une vomique purulente d'odeur gangréneuse; il est mort vingt-quatre heures après.

L'autopsie a montré que la gangrène pleurale était bien antérieure à la gangrène pulmonaire. Il y avait une eschare pulmonaire sans hépatisation autour, tandis que l'épaisseur des fausses membranes de la plèvre, leur consistance cartilagineuse, la perforation limitée de la plèvre montraient que la pleurésie était de date fort ancienne. Il n'y avait pas de tubercules dans le poumon.

La fétidité de l'épanchement n'indique pas d'ailleurs la gangrène pulmonaire. M. Debove a observé à l'Hôtel-Dieu un cas d'épanchement pleurétique à droite, d'une fétidité

repoussante, couleur jus de tabac et grumeleux, chez un jeune homme de vingt ans, chétif, arrivé récemment de la campagne. L'épanchement se reproduisit après la ponction, et le malade mourut, malgré une seconde ponction et des lavages phéniqués. L'autopsie ne montra aucune lésion gangréneuse de la plèvre; il n'y avait pas de perforation du poumon, mais il existait dans la cavité pleurale des détritus noirâtres qui ressemblaient à des matières fécales. Ce fait prouve que la fétidité d'un épanchement n'implique pas nécessairement l'existence d'une gangrène pleurale ni pulmonaire.

La fétidité de l'épanchement sans gangrène se rencontre également dans les pleurésies diaphragmatiques. M. le docteur Hermil, dans une thèse récente, vient de mettre pleinement ce fait en lumière. (*Soc. méd. des hôp.*, 25 juillet.)

Pleurésie purulente. La vomique est en général d'un bon augure. A l'occasion de deux faits de guérison de ce genre, observés par M. Guyot chez un homme de soixante ans et un enfant, sans pneumo-thorax consécutif, la Société médicale des hôpitaux de Paris a déclaré, par l'organe de ses membres les plus autorisés, qu'il n'y avait à intervenir, en pareil cas, que pour favoriser l'issue du pus. (*novembre* 1878.) Voy. EMPYÈME.

PNEUMONIE. *Teinture d'aconit.* Dans quatre cas de pneumonie aiguë et dès le premier jour de l'invasion, le docteur W. Dobie administra deux gouttes de teinture d'aconit de la pharmacopée anglaise, pendant les deux premières heures, et ensuite une goutte toutes les quatre heures. En cinq heures, la température de 40° s'abaissa au-dessous de 38; la toux et la dyspnée étaient notablement moindres. La pneumonie disparut ensuite. (*Practitionner*, juin.)

Cette action abortive de l'aconit dans les inflammations aiguës serait précieuse, si elle était démontrée positivement; mais il serait alors préférable de recourir à l'aconitine, pour en fixer la dose, à cause de l'instabilité des préparations officinales, qui varient à l'infini.

Seigle ergoté et ergotine. Une femme de vingt-huit ans, atteinte de pleuro-pneumonie très intense, guérit égale-

ment au dixième jour par l'emploi de la potion suivante formulée par le docteur Boggs :

℞ Acétate d'ammoniaque.................	10	grammes.
Extrait aqueux de seigle ergoté.......	5	—
Sirop de gomme.......................	120	—
Eau de mélisse.......................	15	—

Mêlez.

Une grande cuillerée toutes les heures. (*France méd.*)

Pneumonie érysipélateuse. *Caractéres anatomiques.* Un garçon de vingt-six ans, vigoureux, sans antécédents alcooliques, entra à l'hôpital Tenon, le 11 mars, pour un érysipèle de la face. Six jours après, il était presque éteint, lorsque de la dysphagie se manifesta, avec rougeur vive du pharynx, des amygdales et de la langue. Le 23, la fièvre augmente et les symptômes généraux s'aggravent. Le malade se plaint d'un point de côté à droite, sans frisson antérieur. M. Strauss constate alors une pneumonie, avec matité, râles crépitants et souffle naissant à la base du poumon droit. En moins de quatre jours, tout le poumon était envahi de la base au sommet. Mort le 28.

L'autopsie montre une coloration pâle et tout à fait normale de la muqueuse, du larynx et des replis arythéno-épiglottiques, contrastant avec la couleur violacée du pharynx et du voile du palais.

Au niveau des trois premiers anneaux de la trachée, la muqueuse avait encore une coloration normale ; mais, au-dessous, elle offrait une rougeur intense, écarlate qui s'arrêtait net à l'origine de la bronche gauche, se poursuivant au contraire sur la grosse bronche droite et sur toutes ses ramifications.

Le poumon était le siège d'hépatisation grise dans presque toute son étendue ; sauf sur le lobe supérieur où il y avait de l'hépatisation rouge. A la section, il s'écoula un liquide grisâtre, séro-purulent, contenant des leucocytes, sans trace de fibrine. Les alvéoles en étaient remplies, sans débris d'épithélium, comme le tissu conjonctif dans l'érysipèle cutané.

Ce n'était donc ni une pneumonie fibrineuse, ni une pneumonie catarrhale, mais une pneumonie érysipélateuse,

dont les caractères cliniques sont : un développement insidieux, sans frisson ni refroidissement, à marche très rapide, succédant à l'érysipèle facial, buccal ou guttural. Ses caractères histologiques sont les mêmes que ceux de l'érysipèle cutané. (*Soc. méd. des hôp.*, juin, et *Revue mens.*, septembre.)

La doctrine des métastases n'est pas encore morte, dit à ce sujet la *Lancet*. Elle s'est relevée, au contraire, dans ces dernières années à un rang presque aussi haut que celui qu'elle occupait à l'origine de la médecine, surtout quant à l'érysipèle de la face, qui en a toujours été la base principale (nº 19, novembre.)

POLYURIE. *Injections intra-veineuses de sucre*. En recherchant les causes de la mort produites par les injections intra-veineuses de lait chez les chiens, MM. Richet et Moutard-Martin fils ont constaté une polyurie constante, qui se montre également chez l'homme, sous l'influence de la diète lactée. Soupçonnant dès lors qu'elle était produite par le sucre renfermé dans le lait, ils ont institué les expériences suivantes pour contrôler cette supposition :

Après avoir adapté une canule à chaque uretère d'un chien, l'urine qui s'en écoule goutte à goutte est recueillie et permet d'apprécier exactement les variations quantitatives de la sécrétion urinaire, soit en comptant le nombre des gouttes qui s'écoulent pendant une minute, soit en mesurant l'urine écoulée à différents moments et pendant la même unité de temps.

L'intensité de la polyurie, succédant aux injections de sucre, a pu être évaluée ainsi exactement, et ce phénomène est si marqué que, dans un cas, un chien excrétait, après l'injection d'une quantité considérable de sucre, 70 c. c. d'urine par un seul uretère, en dix minutes, ce qui supposerait environ 20 litres d'urine en vingt-quatre heures pour les deux uretères. Dans un autre cas, un chien, qui avait excrété en trois heures 28 c. c. d'urine par les deux uretères, reçut en injection intra-veineuse 44 grammes de sucre interverti, dissous dans une petite quantité d'eau. Il excréta 364 c. c. d'urine, dans la demi-heure suivante.

Cette polyurie apparaît très rapidement après l'injection, et, si l'on a injecté une petite quantité de sucre, elle diminue ussi avec rapidité. Les chiffres suivants, indiquant le nombre

de gouttes qui s'écoulent par minute des deux uretères préalablement réunis, montrent bien ce fait :

	EXPÉRIENCES			
	I.	II.	III.	IV.
Avant l'injection (moyenne)............	9	6	»	4
Première minute après l'injection......	5	5	3	7
Deuxième minute....................	19	17	18	18
Troisième minute....................	51	47	28	30
Quatrième minute....................	79	56	28	30
Cinquième minute....................	75	73	26	30
Sixième minute......................	86	77	23	»
Septième minute.....................	76	83	22	»
Huitième minute.....................	79	89	»	»
Neuvième minute.....................	83	129	»	»
Dixième minute......................	77	117	»	»
....				
Vingtième minute....................	40	»	9	16

En général, la polyurie apparaît environ une minute et demie après l'injection.

Une petite quantité de sucre interverti, c'est-à-dire environ 0 gr. 50 pour 1 kilogr. du poids de l'animal, suffit pour faire naître une polyurie notable, contenant de très grandes quantités de sucre.

En recherchant les relations entre la quantité de l'urine et celle de l'urée excrétées à la suite d'injections de sucre interverti, les auteurs ont constaté que plus l'urine est abondante, moins elle contient d'urée par litre ; mais cette diminution est compensée, et au delà, par l'augmentation de la sécrétion urinaire. Le dosage de l'urée étant fait au moyen de la mesure volumétrique des gaz dégagés par l'hypobromite de soude, en rapportant le chiffre de l'urée à 1 kilogr. du poids de l'animal par vingt-quatre heures, les chiffres suivants ont été obtenus :

	EXPÉRIENCES		
	I.	II.	III.
Avant l'injection (moyenne)..............	0,42	0,45	0,22
Après injection de sucre (moyenne)......	1,74	0,81	0,90
Après la première injection..............	0,63	0,63	0,68
Après la deuxième injection..............	1,06	0,85	0,47
Après la troisième injection.............	2,45	0,97	0,95
Après la quatrième injection.............	2,14	0,78	1,20
Après la cinquième injection.............	2,40	»	1,20

Ainsi, la quantité totale d'urée excrétée augmente en même temps que l'eau éliminée par le rein avec le sucre.

Ces expériences prouvent donc que la glycémie expérimentale entraîne non seulement la glycosurie, mais encore la polyurie et l'azoturie. (*Acad. des sciences.*)

Et la preuve que cette diurèse est bien due à l'action du sucre et non à l'eau employée pour le dissoudre, c'est que des injections d'eau simple jusqu'à dix fois plus considérables n'ont pas augmenté sensiblement la sécrétion urinaire. De plus, l'urine provoquée par les injections de sucre en contient dès la seconde minute après.

PRIX. Le nombre s'en accroît chaque année à l'Académie de médecine de Paris, par de nouvelles et généreuses donations. Le docteur Stanski, qui, pendant toute sa vie, avait nié la réalité de la contagion à distance, a voulu poursuivre la même question outre-tombe, en léguant une rente annuelle de 1000 francs pour faire l'objet d'une récompense à celui qui traitera le mieux cette question après lui. Voici l'extrait de son testament :

« Je lègue à l'Académie de médecine, siégeant à Paris, une rente de mille francs, pour en constituer, sous mon nom, un prix bisannuel, par conséquent de *deux mille* francs, que l'Académie décernera à celui qui aura le mieux démontré l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique par infection, ou, ce que je considère comme la même chose, de la contagion à distance, en l'étudiant dans les épidémies en général, ou au moins dans une maladie épidémique en particulier.

« Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail, sous ce rapport, digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant de ces deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. Ce prix s'appellera PRIX STANSKI. »

Un legs semblable, de 20 000 francs, a été fait par le docteur Jacquemier, l'un de ses membres, dont le revenu doit former un prix triennal qui sera délivré sous son nom à celui qui aura réalisé, pendant ce temps, un progrès important en obstétrique. C'est le dernier service qu'il a voulu

rendre à la science qu'il avait cultivée toute sa vie avec éclat et dévouement.

Malheureusement, les concurrents ne se présentent pas dans la même proportion. En dehors des prix officiels d'hygiène, des épidémies, des eaux minérales et de la vaccine, le concours aux prix particuliers est en décroissance sensible. Sur 13 prix à décerner en 1878, d'une valeur totale de 24 500 francs, 6 ont été complètement délaissés; aucun travail n'a répondu à la question proposée. Le prix Orfila, de 6 000 francs, a seul été décerné en entier. Des six autres, il n'a été accordé que des récompenses partielles, des encouragements, des mentions honorables, jusqu'à concurrence de 6 500 francs seulement. Effet ou non de l'irrégularité et du retard que l'Académie met à examiner ces travaux et à en distribuer les récompenses, au partage parcimonieux qu'elle en fait ou à la difficulté des questions posées, à leur étendue, à leur insolubilité, toujours est-il que les concurrents sont moins empressés, les travaux plus rares qu'autrefois, tandis qu'ils affluent à l'Académie des sciences et ailleurs. Ce n'est donc pas que le concours public diminue de prestige; c'est l'Académie seule qui n'attire, ne stimule ou ne satisfait pas les travailleurs. Elle remet ainsi au concours les mêmes questions de l'année dernière pour ses trois premiers prix.

Prix de l'Académie. De l'influence des maladies du cœur sur les maladies du foie, et réciproquement. 1000 francs.

Prix Portal. Anatomie pathologique des cartilages articulaires. 1200 francs.

Prix Civrieux. Du rôle du système nerveux dans les maladies du cœur. 1500 francs.

Prix Capuron. Influence de la luxation coxo-fémorale sur la conformation du bassin. 1500 francs.

Prix Barbier. 7000 francs. Voy. *année* 1878.

Prix Godard, au meilleur travail sur la pathologie interne. 1500 francs.

Prix Desportes, au meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. Des récompenses pourront, en outre,

être accordées à l'auteur ou aux auteurs des travaux de même nature. 2000 francs.

Prix Buignet, au meilleur travail manuscrit ou imprimé, original et français, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. 1500 francs.

Prix Orfila. De la vératrine, de la sabadilline, de l'ellébore noir et du varaire blanc. La question doit être envisagée au point de vue de la physiologie, de la pathologie, de l'anatomie pathologique, de la thérapeutique et de la médecine légale. Ainsi : que deviennent ces poisons après avoir été absorbés? dans quels organes séjournent-ils? à quelles époques sont-ils éliminés et par quelles voies? quels troubles amènent-ils dans les fonctions? quels sont les symptômes et les lésions organiques qu'ils provoquent? quelle est leur action sur les fluides de l'économie animale et en particulier sur le sang? quel mode de traitement doit-on préférer pour combattre leurs effets? enfin, et ceci est le plus important, quelle est la marche à suivre pour déceler ces toxiques, avant la mort, soit dans les matières vomies ou dans celles qui ont été rendues par les selles, soit dans l'urine et dans d'autres liquides excrétés, ainsi que dans le sang? Après la mort, la recherche médico-légale de ces toxiques devra avoir lieu dans le canal digestif, dans les divers organes, dans l'urine et dans le sang ; il faudra également indiquer l'époque de l'inhumation, passé laquelle il n'est plus possible de les déceler. Des expériences nouvelles seront tentées sur les contre-poisons. Peut-on, par exemple, poursuivre ces toxiques jusque dans le sang et dans les organes où ils ont été portés par absorption, en faisant usage d'un agent chimique qui les rende inertes ou beaucoup moins actifs? 2000 francs.

Prix Falret. De la folie appelée folie circulaire, folie à double forme, folie à formes alternes.

Des observations cliniques sont surtout demandées. 1500 francs.

Prix Huguier. Au meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, sur les maladies des femmes et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections, les accouchements exceptés. 2000 francs.

Prix Saint-Lager. Voy. *année* 1873. Ce prix n'a jamais été accordé par la difficulté même des conditions expérimentales qu'il impose pour produire le goître.

Prix de l'hygiène de l'enfance. Du sevrage et de son étude comparative dans les différentes régions de la France. 1000 francs.

Fondation Auguste Monbinne. Rente de 1500 francs, destinée *à subventionner*, par une allocution annuelle ou biennale de préférence, des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

Dans le cas où ce fonds n'aurait pas à recevoir sa destination, le montant peut en être employé soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance.

Les mémoires et les ouvrages pour ces prix devront être envoyés à l'Académie avant le 1er juillet de l'année 1880. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs pour les manuscrits seulement. Les concurrents, par des travaux, aux prix Godard, Barbier, Huguier, Desportes et Buignet, sont exceptés de cette disposition.

Faculté de médecine de Paris.

Prix Lacaze. Une somme de 10 000 francs est accordée tous les deux ans au meilleur travail original sur la phthisie pulmonaire et la fièvre typhoïde alternativement. Les travaux étrangers sont admis au concours.

Société médico-psychologique.

Prix Aubanel. Mémoire manuscrit sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse, écrit en français, et adressé, dans les formes académiques, au docteur Motet, secrétaire général rue de Charonne, 161, à Paris, avant le 31 décembre 1880. 2400 francs à décerner en avril 1881.

Société de médecine de Lyon.

De la scrofule à Lyon. Sa genèse à tous les âges ; son développement ; ses conséquences. Moyens pratiques d'en arrêter le progrès. 500 francs à décerner dans la séance publique de janvier 1881.

Les mémoires doivent être adressés, selon les formes académiques ordinaires, avant le 1er novembre 1880, au docteur P. Diday, secrétaire général, 8, rue de la République, à Lyon.

Société protectrice de l'enfance.

De la dentition comme cause de maladies dans la première enfance.

Médaille d'or à décerner dans la séance publique de 1880.

Les mémoires doivent être adressés *franco*, dans les formes académiques, avant le 31 janvier 1880, au docteur Léon Rieux, secrétaire général, rue Bourbon, 40, à Lyon.

Société médicale d'Amiens.

1880. Du vaginisme.

1881. De la fissure à l'anus.

Médaille d'or de 200 francs pour chaque question.

Une autre médaille d'or de la même valeur sera décernée au médecin du département de la Somme qui aura présenté le meilleur travail sur un sujet quelconque ayant trait aux sciences médicales.

Les mémoires inédits, manuscrits et écrits lisiblement, doivent être envoyés, dans les formes académiques, au secrétaire de la Société, avant le 1er avril de chaque année.

Institut Lombard,

Au palais Brera, à Milan.

Prix Cagnola. Démontrer, par des expériences, si la matière génératrice de l'hydrophobie est un principe virulent ou un germe organisé.

Terme du concours : 28 février 1882. 6000 francs.

Prix Secco Commeno. Considérations et propositions relativement aux secours que les institutions de bienfaisance publique doivent rendre à domicile.
Terme du concours : 28 février 1882. 864 fr.

Prix Fossati. I. Mettre en évidence un fait quelconque d'anatomie macro ou microscopique de l'encéphale humain. Terme du concours : 1er avril 1880. 2000 fr.
II. Des centres moteurs de l'écorce cérébrale. Terme du concours : 1er avril 1881. 2000 fr.

INSTITUT VÉNITIEN.

Prix Querini Stampaglia. Avantages des applications de la physique aux sciences médicales et spécialement à la clinique. Terme du concours : 31 mars 1880. 3000 fr.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

I. Déterminer, en s'appuyant sur des observations précises, les effets de l'alcoolisme, au point de vue matériel et psychique, tant sur l'individu que sur sa descendance. Médaille de 1000 francs. Clôture du concours : 15 juillet 1880.
II. Faire une étude comparative du rachitisme, de l'ostéomalacie et de la cachexie ossifrage : étiologie, symptomatologie, nature et traitement chez les animaux domestiques, et joindre, autant que possible à la réponse, des pièces d'anatomie pathologique, à l'appui des opinions qui seront établies. Médaille de 800 francs. Clôture du concours : 1er mai 1881.
III. Déterminer la nature de l'influence de l'innervation sur la nutrition des tissus. Médaille de 1000 francs. Clôture du concours : 1er janvier 1882.
Les mémoires doivent être lisiblement écrits en latin, en français ou en flamand et adressés, francs de port, au secrétaire de l'Académie à Bruxelles.

Prix prussien. Essence de la diphthérite et résultat du traitement basé sur la nature de l'affection. Des faits dé-

vront être relatés à l'appui de la cause de la maladie, son mode de propagation et le moyen de le prévenir.

Mis personnellement au concours par l'empereur Guillaume, frappé sans doute par le drame tragique du palais de Hesse-Darmstadt, ce prix est de la valeur de 2000 reichmarks et sera décerné, dans la séance du Congrès chirurgical allemand, en avril 1881, au meilleur travail sur ce sujet.

Les mémoires, écrits en français, en allemand ou en anglais devront être adressés, dans les formes académiques ordinaires, au professeur Von Langenbeck, 3, Roonstrasse, à Berlin, avant le 1er décembre 1880.

Le jury, chargé de les examiner, se compose des professeurs Klebs de Prague, Von Nagell et Bartels, de Munich, Langenbeck, Liebreich et Virchow, de Berlin.

PRURIT. *Acide phénique.* Son action analgésique sur les plaies ayant été affirmée par la plupart des chirurgiens qui l'emploient, le docteur Lailler l'a utilisée dans le traitement des maladies de la peau, lichen, prurigo, eczéma lichénoïde, lichen urticans, etc., où la démangeaison est parfois si intense.

Des pulvérisations avec une solution à 2 pour 100 d'acide, additionnée de glycérine pour englober en quelque sorte l'acide et le fixer, ont été faites sur les membres atteints.

Après cinq à huit minutes de pulvérisation, la démangeaison disparaît. On complète le traitement par l'application de compresses phéniquées. En huit à douze jours, la guérison a été obtenue. Dans une observation de traitement comparatif de l'eczéma par le caoutchouc et l'acide phénique, ce dernier a prévalu pour la disparition prompte des démangeaisons.

D'autre part, dans les affections cutanées, les propriétés légèrement excitantes de l'acide phénique, loin de nuire, activent la réparation des tissus. Les contre-indications peuvent se résumer en un mot : l'état inflammatoire. Dans ce cas, il faut, comme toujours dans les maladies de la peau, savoir abandonner le traitement curatif, pour combattre d'abord les symptômes inflammatoires.

L'action de l'acide phénique sur la sensibilité étant si bien démontrée par les observations cliniques, il était

naturel de penser que des expériences physiologiques confirmeraient ces propriétés anesthésiques. En effet, de nombreuses expériences d'esthésiométrie, faites par MM Rigaud et A. René, ont montré que, après les pulvérisations d'acide phénique sur un membre, il faut toujours un écartement plus considérable du compas de Weber pour qu'il y ait perception des deux pointes. De 50 à 60 millimètres, ce minimum d'écart s'élevait à 70, surtout à la partie moyenne de la jambe.

En résumé, il semble que les propriétés anesthésiques de l'acide phénique sont ici bien démontrées, et que l'on pourrait étendre à toutes les affections où il y a des démangeaisons intenses, comme dans le diabète et les affections du foie, un traitement qui a donné de bons résultats dans le lichen, dans l'eczéma, et notamment encore dans un cas de prurit très intense de la vulve. (*Abeille médicale.*)

R

RACHITISME. *Cataracte et lésions dentaires.* Depuis que M. Teissier fils a signalé l'excès des phosphates dans l'urine au point d'en faire une maladie spéciale (voy. *année* 1875), la pathogénie de plusieurs manifestations morbides en est éclairée et expliquée. Comme l'albuminurie, le diabète et toutes ces grandes déperditions de l'organisme, la phosphaturie peut entraîner à sa suite des lésions graves regardées comme idiopathiques et troubler tellement l'économie que le résultat des opérations en est profondément modifié. C'est ainsi que M. Nicati, témoin des cataractes qui se forment de bonne heure chez des enfants rachitiques du canton de Zurich et des dents en escalier qu'ils présentent, rapporte ces deux phénomènes au rachitisme dont ils sont atteints par l'élimination, la perte en excès des phosphates organiques. Leurs dents comme leurs os, se nourrissant imparfaitement de leur élément essentiel, se déforment, se courbent, s'altèrent. Le cristallin peut donc s'opacifier de même par l'excès des phosphates dans les liquides. La cataracte diabétique est rapportée à une cause identique, et les deux nouveaux faits signalés par M. Nicati chez les enfants rachitiques, à la suite des observations déjà

rapportées par MM. Teissier et Dor, fortifient l'interprétation qu'elle est un symptôme de l'élimination des phosphates. (*Revue mensuelle*, janvier.)

RAGE. *Communication au lapin.* Cette découverte a été faite par M. Galtier en inoculant le virus du chien au lapin, ces deux victimes les plus habituelles des expérimentateurs. Sans rechercher si elle est due au rapport fortuit de ces deux animaux; toujours est-il que, repris sur le lapin enragé, le virus se transmet avec succès aux animaux de son espèce, sans qu'il soit encore déterminé s'il a la même intensité que celui du chien sur les animaux étrangers.

La paralysie et les convulsions sont les symptômes prédominants chez le lapin enragé, et il peut ainsi vivre de quelques heures à quatre jours au plus après ces manifestations. Elles apparaissent ordinairement plus tôt que chez les autres animaux, malgré l'administration de l'acide salicylique pendant quatorze jours consécutifs. L'incubation est donc plus courte et semble proportionnée à la faible résistance de l'animal. (*Acad. des sciences*, août.)

Si cette découverte ne contribue pas directement à la guérison de cette épouvantable maladie, elle fournira du moins un réactif facile à se procurer pour en contrôler la nature spécifique et les remèdes.

Un homme mordu à la lèvre par un chien suspect ayant présenté, quarante jours après, tous les symptômes de la rage, M. Raynaud inocula un peu de son sang à l'oreille d'un lapin sans résultat; mais, la salive ayant été introduite, de véritables accès rabiques éclatèrent quatre jours après, suivis bientôt de collapsus et de mort vingt-quatre heures ensuite.

Les deux glandes maxillaires de cet animal ayant été enlevées, un lapin fut inoculé avec celle de droite et un autre avec celle de gauche. Tous les deux sont morts avec de la paralysie, cinq à six jours après.

En montrant la transmission de la rage humaine au lapin, et les propriétés virulentes de la salive, trente-six heures après la mort, ces expériences doivent mettre en garde contre le danger d'autopsier l'homme et les animaux, au moins pour ces organes en particulier. (*Idem* et *Acad. de médecine*, novembre.)

RÉSECTIONS. *Importance des troubles cutanés trophiques.* A propos d'un cas de résection du coude chez une fillette de deux ans et neuf mois qui guérit parfaitement dans un bandage plâtré, au point d'exécuter des mouvements complets de cette articulation trois ans après, le docteur J. Wolff, en comparant les détails de ce fait avec d'autres, croit que les résultats définitifs ne tiennent pas plus au procédé opératoire qu'au traitement consécutif. Il a examiné tous les réséqués survivants des dernières guerres, ainsi que les cas de carie articulaire qu'il a pu rencontrer à Berlin, et cet examen lui a révélé un fait à peine soupçonné jusqu'ici : l'importance de la présence ou de l'absence des troubles trophiques de la peau. Ils consistent en tuméfaction œdémateuse, altération de la pigmentation, desquamation de l'épiderme, disparition des pores, lividité, rougeur, poli brillant spécial, allongement des poils, altération des ongles, augmentation de la sécrétion sudorale, sensation objective et subjective du froid, etc., etc.

D'après lui, ces troubles trophiques succédant aux blessures de guerre ou à la carie des articulations — il aurait même pu dire des amputations, fractures et luxations — ne sont pas des suites simples de l'inactivité des membres réséqués. Ce sont des symptômes directs de l'affection fondamentale et par conséquent plus souvent causes qu'effets de l'inactivité. Ordinairement, l'intensité de ces troubles s'est trouvée en rapport avec le degré des troubles fonctionnels, excepté à l'épaule, où ces troubles trophiques manquent dans tous les cas.

Il en conclut donc que c'est là le facteur d'où dépend, en grande partie, la terminaison heureuse ou malheureuse des résections articulaires. Une carie ou une blessure qui ne s'accompagnera pas de lésions trophiques de la peau donnera un bon résultat fonctionnel définitif, même sans que le chirurgien ait à prendre beaucoup de précautions, tandis que l'apparition de ces altérations trophiques rendra vains tous les soins, tous les efforts qu'on prodiguera pour obtenir une terminaison heureuse, quant aux résultats fonctionnels. C'est donc là un point dont il faut tenir compte. (*Arch. für Klin. chir.*, 1878.)

Résection du coude. *Indications.* Effet ou non de sa pratique spéciale, M. Ollier croit que, des diverses résections

articulaires, il en est qu'il faut restreindre, comme celle du genou, et d'autres au contraire qu'il faut encourager et répandre, comme celle du coude. En raison des perfectionnements qu'il lui a fait subir, celle-ci est devenue presque sa spécialité. Il la pratiquait exceptionnellement autrefois, et la mortalité en était de 1 sur 5. Depuis qu'il en a reconnu les avantages par une pratique plus étendue, cette mortalité a beaucoup diminué, ce qu'il attribue non seulement aux modifications du pansement, mais aux indications suivies.

Il opère très rarement sur les enfants du premier âge, en raison des ressources exceptionnelles de la nature, qui permettent souvent aux arthrites du coude de guérir rapidement et complètement, par une bonne hygiène, une alimentation tonique, l'immobilisation, l'ignipuncture.

En opérant, au contraire, de très bonne heure dans la seconde enfance et dans l'adolescence, la guérison est plus rapide, et la reproduction articulaire du même type s'obtient le plus souvent. L'opéré conserve ainsi un membre mobile, utile et fort, surtout si la reproduction du crochet olécrânien a lieu.

Au delà de vingt ans, elle n'est plus praticable que rarement, car, tout en conservant la gaîne périostée, il est à craindre de n'avoir qu'une articulation lâche et un membre inutile.

En cas de tumeur blanche diathésique, il est remarquable que, chez les tuberculeux par exemple, cette résection a paru enrayer la marche de la tuberculose, bien qu'elle reste toujours un grave danger pour l'opéré.

D'après ces indications, la résection du coude est trop négligée en France, suivant l'auteur, tandis que l'on en fait abus en Allemagne. (*Association française.*) Voy Ankyloses.

Résection de la hanche. Sur trois cas de ce genre opérés depuis quatre ans et demi par M. Bourdon, chirurgien militaire à Nice, il n'a obtenu qu'un succès définitif, sur un jeune homme qui a pu marcher quelques mois après et chez lequel il n'y a pas eu la moindre récidive.

Des deux autres opérés, l'un est mort phthisique deux ans après, et l'autre, jeune fille de huit ans, parut d'abord guérie. Mais la persistance d'une fistule donna lieu à

d'autres, qui indiquent une récidive certaine. (*Soc. de chir.*, décembre.)

C'est d'ailleurs la proportion obtenue en Angleterre par M. Croft. A propos d'un cas de double résection de la hanche, pour nécrose symétrique du fémur, chez un enfant de quatre ans, opéré à l'hôpital Saint-Thomas et soumis, guéri, à la Société clinique, le 28 novembre, ce chirurgien a déclaré, dans la discussion qui s'est élevée à ce sujet, que de quarante-cinq résections de la hanche, dont la moitié étaient encore en traitement, quinze opérés étaient déjà morts. Ce serait donc sept à huit guérisons. (*Lancet*, nº 23, décembre.)

Résection du tibia. Dans deux cas d'ostéite, ayant amené des abcès de l'épiphyse de l'extrémité inférieure du tibia, chez des hommes de trente-deux et de trente-six ans, M. Pamard, d'Avignon, a réséqué, chez ce dernier, après une trépanation préalable, jusqu'à 10 centimètres de cet os, qu'il représente, et offrant tous les caractères d'un os complet. Malgré l'âge avancé de l'opéré, dont l'origine du mal remontait à son enfance, le périoste conservé a reproduit l'os enlevé, si bien que le malade a pu récemment faire 12 kilomètres à pied, sans appareil.

L'épaississement du tissu osseux du fragment réséqué, les ostéophytes de la surface et de l'intérieur du canal médullaire, sont, pour M. Trélat, des preuves qu'il ne s'agissait pas là d'un abcès osseux primitif, mais consécutif à une ostéite lente, ancienne, généralisée, ayant envahi le périoste, le canal médullaire et le tissu osseux par la généralisation de la moelle, une ostéo-myélite par conséquent. (*Soc. de chir.*, avril.)

RÉTRÉCISSEMENTS. *Rétrécissement prostatique.* Telle est la rareté de cette espèce, qu'elle est formellement niée par sir H. Thompson. Les plus rares se rencontrent dans la portion membraneuse, dit-il, et *jamais dans la portion prostatique.* Je puis affirmer qu'il n'y en a pas un seul exemple dans les musées de Londres, Édimbourg et Paris. Il croit que des observateurs comme Leroy d'Etiolles et M. Ricord, qui l'admettent, ont été déçus par un examen sur le vivant, qui ne peut donner aucune évidence à ce

sujet, et préfère croire que certaines hypertrophies de la prostate, rendant étroite et tortueuse la partie de l'urèthre qui passe à travers, peuvent avoir simulé un véritable rétrécissement, mais que, quant au rétrécissement organique des parois mêmes de l'urèthre de cette région, il n'existe pas.

C'est contre ces dénégations absolues que le docteur Claudius Mastin, de Mobile, proteste, en publiant une observation démonstrative du contraire. Il s'agit d'un homme de quarante-six ans, ayant eu deux blennorrhagies en 1856 et 1861, traitées par les injections argentiques. Diminution du jet urinaire en 1862; rétention complète en 1871, puis en 1874 et en juin 1877, pour laquelle M. Mastin est consulté. Une sonde de 21 millimètres entre aisément, sans rencontrer aucun obstacle, jusqu'à 7 pouces 1/4; mais il est impossible de passer au delà et de faire entrer dans la vessie les bougies les plus filiformes. Le calibre de l'urèthre normal était de 32 millimètres. Sa longueur totale étant de 8 pouces 1/2, d'après les mesures mêmes de sir H. Thompson, il était donc certain que le rétrécissement siégeait dans la région prostatique, puisque celle-ci comprend le dernier pouce un quart.

Dans l'impossibilité d'effectuer le passage d'aucun instrument dans la vessie, l'uréthrotomie périnéale externe sans guide fut faite le 16 juillet. Incisant la paroi membraneuse de l'urèthre dans un point correspondant au sommet de la prostate, et tenant les lèvres de la plaie écartées, l'index fut introduit pour reconnaître l'état des parties et le siège exact du rétrécissement. J'étais bien exactement dans la portion prostatique, car ayant réussi, après bien des efforts, à introduire le stylet d'Anel à travers la coarctation prostatique, j'y passai ensuite une très petite bougie qui, en servant de conducteur à l'uréthrotome de Maisonneuve, servit à inciser le rétrécissement. Et pour m'assurer qu'il n'était pas produit par l'hypertrophie de la prostate, comme l'avance sir H. Thompson, j'explorai les bords de celle-ci par le rectum, la sonde coudée de Mercier étant dans la vessie, et je pus m'assurer qu'elle était petite, d'un volume et d'une consistance normales, sans traces de maladie. S'il y avait une modification, c'était plutôt une diminution de volume de la glande.

Aucune complication ne survint dans le traitement, et le 25 juillet, la plaie externe étant cicatrisée, la contraction qui existait au-dessus du bulbe fut de nouveau incisée, et huit jours après, le dilatateur de Otis avait rétabli le calibre normal de l'urèthre à ce point, qui est de 32 millimètres. Ainsi se trouvent démenties les assertions absolues du chirurgien anglais à ce sujet. (*Boston med. and surg. journal*, juin, nº 26.)

Rétrécissements de l'œsophage. Voy. GASTROSTOMIE.

Rétrécissement acquis de l'artère pulmonaire. Voy. PHTHISIE.

RÉUNION IMMÉDIATE. *Drainage au catgut.* Dans le but de faciliter la réunion immédiate des plaies d'amputations à lambeau, M. J. Bœckel emploie des fils de catgut phéniqué pour l'écoulement de la sérosité, au lieu du drain de Chassaignac, plus volumineux et qui exige un entretien et des pansements plus fréquents. Voici comment il les place. L'hémostase étant définitive, le lambeau est fixé avec trois points de suture métallique superficiels, disposés aux deux angles et au milieu. Entre eux, des sutures superficielles au catgut sont disposées, et un faisceau de huit fils de catgut est établi à la base du lambeau, en guise de tube à drainage. Unis entre eux, ces fils sont entourés d'un autre, et leur extrémité, sortant de la plaie, est fixée par un fil de soie. La compression est faite avec une épaisse couche de ouate salicylée, et le tout maintenu avec des bandes fortement serrées.

Dans deux amputations de cuisse, une de jambe et une de l'avant-bras, dont les principaux détails sont relatés, ce drainage, en assurant l'écoulement des liquides, a permis de n'enlever le premier pansement que le sixième jour. Alors la plupart des fils de catgut sont dissous, tombés, et la réunion est complète six à huit jours ensuite. C'est donc là un résultat très satisfaisant.

Les avantages de cette modification sont, pour l'auteur, d'établir un rapprochement plus immédiat des lambeaux et de pouvoir exercer une compression plus énergique, sans nuire à l'écoulement des liquides. La suture profonde est rendue inutile, et, en alliant ainsi le pansement ouaté pour

la compression au pansement phéniqué, on obtient une réunion immédiate rapide. Qu'au lieu de fils de catgut, multipliés sur tout le pourtour de la plaie, il soit possible de n'en placer qu'un ou deux au centre, et, étant démontré qu'il se dissout du troisième au cinquième jour, on pourrait obtenir la guérison absolue d'un amputé en moins de huit jours, ce qui serait le triomphe de l'art. (*Soc. de chir.*, juin, et *Rev. méd. de l'Est*, nº 11.)

Réunion immédiate et pansements des grandes plaies, suivant la méthode de Bordeaux, avec l'exposé des résultats obtenus, par le docteur Azam, auteur de la méthode. In-8º de 94 pages, avec une planche. Paris.

RHUMATISME. Sur 158 cas de rhumatisme aigu traités comparativement à l'hôpital Middlesex par différents moyens analogues, le docteur Finlay en montre les effets sur les divers symptômes dans le tableau suivant :

	SALICYLATE DE SOUDE 15 *grains toutes les trois heures.* 60 malades de 24 ans 03, dont 27 au-dessous de 20.	ALCALIS 15 *grains de bicarbonate ou d'acétate de potasse.* 60 malades de 23 ans 03, dont 21 au-dessous de 20.	ALCALIS ET QUININE 2 *à* 5 *grains de quinine* 3 *fois par jour.* 38 malades de 24 ans 03, dont 10 au-dessous de 20.
Durée de la fièvre.	5 à 7 jours.	10,3 jours.	11,6 jours.
Durée de la douleur.	5,06 jours.	12,2 jours.	10,7 jours.
Lésions du cœur à l'entrée..........	41 cas ou 68,3 0/0.	41 cas ou 68,3 0/0.	20 cas ou 52,6 0/0.
Lésions pendant le traitement.......	7 cas ou 11,6 0/0.	4 cas ou 6,6 0/0.	5 cas ou 13,1 0/0.
Absence de lésions cardiaques.......	12 cas ou 20 0/0.	15 cas ou 25 0/0.	13 cas ou 34 0/0.
Récidives des accès.	16 cas ou 26,6 0/0.	5 cas ou 8,3 0/0.	3 — 7,8 0/0.
Idem sans fièvre...	6 cas ou 10 0/0.	4 cas ou 6,6 0/0.	7 — 18 0/0.
Séjour à l'hôpital...	29,7 jours.	27,7 jours.	31,1 jours.

D'où la confirmation évidente, mathématique, que, si le salicylate a comparativement une action beaucoup plus rapide sur la fièvre et la douleur que les alcalis, les réci-

dives sont aussi beaucoup plus fréquentes avec son usage, ce qui entraîne un plus long séjour des malades à l'hôpital. (*Lancet*, septembre, nº 12, et octobre, nº 15.)

N'est-il pas indiqué, devant ces résultats mathématiques, après avoir éteint la fièvre et la douleur avec le salicylate, de prévenir la récidive par l'usage des alcalis, même additionnés de la quinine, comme n'ayant pas les mêmes dangers d'administration et prévenant plus sûrement les lésions cardiaques consécutives ?

Altérations du sang. Voy. SANG.

Acide salicylique et salicylate. Sur 20 cas de rhumatisme articulaire aigu chez des adultes, traités à l'hôpital général du Massachusetts, en 1878-1879, et relatés par le docteur Bowditch, dix-sept ont été soumis exclusivement à l'acide salicylique et trois seulement au salicylate de soude. En voici les effets comparatifs :

Chez les premiers, il y eut nausées et vomissements dans cinq cas; surdité et bourdonnements dans huit; délire dans cinq, dont un avec folie pendant trente-six heures. La durée de la maladie, sans tenir compte du traitement, a été de 5 à 26 jours, chez huit malades, l'amélioration étant notable dès le début, avec récidives ou exacerbations consécutives. Chez les neuf autres, le rhumatisme a duré six semaines et plus, par suite de complications variées rendant impossible la continuation du traitement. D'après ces résultats, cet acide n'a donc pas un avantage marqué sur les autres médications.

Au contraire, les trois rhumatisants soumis au salicylate ont été guéris en moins de douze jours, sans aucun trouble gastrique ni cérébral. La conclusion est donc que ce sel est d'un emploi plus facile et plus sûr que l'acide dans le Nouveau Monde, comme dans l'ancien. On doit ainsi lui donner la préférence, à la condition d'en commencer l'usage dès le début du mal, et en le continuant à doses décroissantes plusieurs jours après qu'il a cessé, pour qu'il n'y ait pas récidive. (*Boston med. and surg. journal*, juillet, nº 4.)

Pour annihiler les mauvais effets de ces agents sur l'estomac, c'est-à-dire la gastralgie et la dyspepsie, lorsqu'ils sont pris à haute dose, le docteur E. Labbé conseille

de faire ingurgiter, aussitôt après, un verre d'eau de Vichy, qui, en délayant l'acide, neutralise son action topique. (*Soc. de thérap.*, mai.)

La discussion élevée sur ce sujet, à l'Association médicale britannique de Cork, par la communication du docteur Southey de 4 cas de collapsus survenu sous l'influence de ce médicament, a conduit à cette conclusion que ce n'était là qu'un palliatif du rhumatisme dont il convenait d'étudier séparément l'action dans la forme continue et la forme intermittente du rhumatisme articulaire. (*Lancet*, août, nº 7.)

Un nouvel exemple du danger de l'emploi de ce sel, quand il y a albuminurie et que les reins sont malades, a été observé par M. Bucquoy, à l'hôpital Cochin. Un garçon de dix-sept ans, entré pour une récidive de rhumatisme articulaire aigu, fut très soulagé de ses douleurs par ce sel; mais une violente dyspnée sans cause appréciable y fit place. On diminua la dose du salicylate, lorsque la mort survint subitement, dans un accès de dyspnée excessive. L'autopsie révéla une congestion inflammatoire des reins avec dégénérescence graisseuse commençante. Le salicylate, en s'accumulant, avait probablement déterminé l'urémie qui amena la mort. (*Soc. méd. des hôp.*)

Sur 6 cas de rhumatisme poly-articulaire subaigu chez des enfants traités par le salicylate de soude, à la Charité de Lyon, par le docteur Meynet, durant le deuxième trimestre, un seul a échappé aux complications cardiaques, et plusieurs ont présenté des éruptions diverses en dehors de l'érythème noueux. Deux notamment ont eu une éruption très confluente et tenace de purpura simplex. (*Lyon méd.*, nº 31.)

Usage externe. On applique, sur les articulations douloureuses, des compresses imbibées d'une solution aqueuse de salicylate de soude 5 0/0. Pour éviter l'acidité, on neutralise la liqueur avec une goutte ou deux d'ammoniaque. Dans deux cas, les douleurs ont été notablement apaisées en un court espace de temps; chez un des malades, des mouvements légers étaient possibles moins d'une demi-heure après l'application des compresses. Celles-ci n'ont amené aucune irritation vive de la peau; il y a eu seulement une légère desquamation. Le salicylate de soude est absorbé assez

rapidement, puisqu'on pouvait constater sa présence dans l'urine au bout de douze à quinze heures.

Ces recherches ouvrent une voie nouvelle à l'emploi de l'acide salicylique ; bien des malades ne peuvent tolérer ou refusent ce médicament ; l'usage externe, recommandé par M. Bochefontaine, lèvera toutes les difficultés. (*Revue des sciences méd.*, 15 octobre 1879.)

Voici la formule d'une pommade employée avec succès par M. Lenoble contre les douleurs chroniques ou subaiguës du rhumatisme articulaire :

℞ Gomme gutte finement pilée.	ãã 10 grammes.
Myrrhe......	
Cannelle.....................	
Salicylate de soude..........	
Essence de térébenthine pour consistance fluide....	Q. S.

Trois frictions énergiques par jour. On recouvrira ensuite les articulations malades avec de la ouate ou de la laine. (*Revue de thérap. méd.-chir.*)

Diète lactée. Ce n'est ici ni un remède nouveau, ni un spécifique inconnu et merveilleux, récemment découvert et appliqué, comme le salicylate. C'est au contraire un moyen simple et vulgaire, connu et à la portée de tous, dont l'usage remonte à la plus haute antiquité. Il est préconisé comme anti-rhumatismal, depuis 1869, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, par le professeur R. Tripier, qui l'a trouvé très efficace dans de nombreux cas de rhumatisme articulaire aigu, dont il rapporte 80 observations. Les rhumatismes subaigus, chroniques, musculaires, blennorrhagiques, y sont réfractaires ; mais, lorsqu'il est employé méthodiquement selon la règle du docteur Karell (voy. *année* 1866), et dès le début de la fièvre et des douleurs articulaires dans la forme aiguë, il produit des effets surprenants : abaissement de la température de 40, 41 et 42 degrés à 37 et au-dessous, en deux à trois jours ; disparition des douleurs, et, par son action diurétique, augmentation de l'urine et élimination de tous les principes de déchet, sous forme d'urates, dont l'accumu-

lation dans le sang semble être la cause intime et prochaine du rhumatisme aigu.

Ces nouvelles et précieuses propriétés du lait semblaient toutes simples et faciles à démontrer, par quelques observations cliniques types, différentielles et comparées, bien prises pour entraîner la conviction des lecteurs et mettre aussitôt la diète lactée à la mode dans le rhumatisme articulaire aigu. Mais cette méthode n'est plus de mise rigoureuse aujourd'hui. Le positivisme actuel réclame davantage. Il faut expliquer comment et pourquoi le lait, pris méthodiquement, produit des effets si remarquables, et le démontrer en détail par des chiffres, des expériences, des tableaux graphiques rendant mathématiquement compte des résultats obtenus par les instruments et les réactifs. Telle est la nouvelle méthode.

Au lieu d'un mémoire court, clair et précis de quelques pages, pour démontrer cette thèse si simple et facile, le docteur Biot, chargé de la soutenance, a fait un travail en trois points, long et diffus, verbeux et prolixe, de 85 pages grand in-8°, où la confusion égale la prolixité. C'est ainsi qu'en voulant trop prouver..... De là la reproduction de la méthode Karell, avec ses divisions, adoptée par M. Tripier dans la cure au lait, et la composition de celui-ci d'après les diverses analyses connues. Et, pour montrer la richesse et la solidité des bases sur lesquelles s'appuient ses déductions, il présente une statistique sommaire de 308 observations, dont 110 sans détails suffisants, 114 de médications diverses et 84 de diète lactée. Étalage bien superflu, inutile, car, pour comparer l'influence des diverses médications sur la durée des douleurs et de la maladie, il ne met que 25 de ces dernières observations en ligne contre 80 du régime lacté. Et c'est sur ces données inégales, étalées en tableaux émaillés de chiffres, qu'il conclut que le plus grand nombre des rhumatisants, entrés à l'hôpital dans le courant du premier septenaire de leur maladie, ont été débarrassés de leurs douleurs dans le premier septenaire de leur séjour par la diète lactée, tandis que ce n'est que dans le deuxième et le quatrième septenaire par les autres traitements.

C'est sur ces chiffres, multipliant et confondant les faits, les observations, et sans que l'on puisse vérifier, contrôler si, dans leur nombre inégal, les cas sont au moins ana-

logues et comparables, que l'auteur considère comme démontré et acquis ce premier point, formulé en italiques : la diète lactée abrège la durée des douleurs. Assertion qui sera acceptée et répétée demain comme un axiome scientifique par la jeune école expérimentale et qui sert à contredire, à ébranler, sinon à annihiler, toutes les opinions contraires des plus éminents cliniciens sur l'essentialité de la fièvre rhumatismale.

Pour cela, il faut montrer positivement que l'usage de la diète lactée, dès le début, abaisse rapidement la température au degré normal, comme nous l'avons dit. 14 observations types sont relatées, avec le tracé graphique de la température à l'appui. C'est bien peu sur 80, et encore plusieurs sont plutôt démonstratives du contraire par des élévations consécutives à un premier abaissement. On les explique par des complications, et, sans tenir compte de ces nombreuses exceptions, on conclut de même que le régime lacté fait rapidement tomber la température des rhumatisants. Il y a d'autant moins à se méprendre sur la valeur de ces affirmations absolues que cet effet de la diète lactée n'est nullement comparé à celui des autres médications. Est-ce que toutes, dans leur vogue, n'ont pas produit exceptionnellement, comme le salicylate, de ces abaissements subits? Quand sur 80 observations, on ne trouve que six ou sept tracés pour démontrer ce fait, n'est-ce pas une exception plutôt que la règle?

Les effets diurétiques de la diète lactée sont assez bien constatés pour qu'il fût inutile de s'y appesantir. La diminution de la densité de l'urine en est ordinairement la conséquence. Mais le résultat le plus important des analyses multipliées de ces urines est l'élimination croissante et constante des principes de déchet : azote, chlore, acide phosphorique et sulfurique, dans des proportions considérables, et qui ne peut être attribuée qu'à l'action du lait. Aussi l'auteur se croit-il autorisé à en conclure que la cause intime du rhumatisme est précisément l'accumulation dans le sang ou l'organisme de ces principes excrémentitiels. Mais ce n'est encore là qu'une théorie rationnelle, déduite d'analyses chimiques et contredite par le défaut d'action même de la diète lactée contre les formes de rhumatisme autres que le rhumatisme articulaire aigu.

C'est là une objection qui, au point de vue de la clinique, mérite bien d'être examinée, mais qui, pour les expérimentateurs, n'a pas grande valeur. Aussi l'auteur en néglige-t-il l'examen. (*Revue mensuelle*, mars, avril, mai.)

Rhumatisme chez l'enfant. *Efficacité spéciale du salicylate de soude.* Le profond silence qui a succédé soudainement au retentissement bruyant fait, il y a deux ans, sur la spécificité anti-rhumatismale de cet agent, n'a pu empêcher le docteur Archambault de formuler à nouveau, en les accentuant, ses observations précises sur sa valeur et son innocuité chez les enfants en particulier. (Voy. *année* 1877.) A la dose de 4 à 6 grammes par jour dans un julep gommeux de 80 grammes, additionné de 30 grammes de rhum et autant de sirop de limon, ce médicament est si bien toléré, supporté, qu'un seul enfant en a éprouvé des vomissements, par suite d'une néphrite dont il était atteint et dont il mourut. Tous les autres l'absorbent avec une telle rapidité qu'on le retrouve dans leurs urines, quinze à vingt minutes après son administration. Aussi l'effet en est-il des plus rapides sur le mal. Dès la troisième dose, soit de 3 à 4 grammes, la douleur des articulations disparaît avec le gonflement; l'enfant peut faire quelques mouvements, et la potion est à peine finie que le pouls et la température ont diminué notablement. Aucun accident ni complication ultérieure ne sont signalés comme chez les adultes.

C'est une jugulation réelle. Aussi bien le rhumatisme, loin d'évoluer, est arrêté court dans sa marche et ses manifestations sur le cœur. Aucun des enfants ainsi traités n'eut de complications cardiaques. Et l'on sait que les deux tiers des enfants rhumatisants, traités par les autres moyens, sont atteints de ces complications. Ce serait un des plus grands avantages de ce médicament, s'il s'opposait ainsi sûrement au développement de ces fatales complications cardiaques, qui sont souvent l'origine, à n'en pas douter, surtout chez les individus prédisposés, de ces graves et longues maladies du cœur, qui ne laissent plus guère de repos et de santé pour le reste de la vie.

Ces effets sont si constants et invariables que, suivant l'auteur, on est plus sûr de couper une attaque de rhumatisme articulaire aigu avec ce sel qu'un accès de fièvre

intermittente avec la quinine. C'est un vrai spécifique. Il ne l'a jamais vu échouer, à cette dose de 4 grammes au-dessous de quatre ans, et de 6 au-dessus de cinq ans. Quoique moins prompte dans la forme subaiguë et mono-articulaire, son action n'en est pas moins décisive, ainsi que sur les autres manifestations rhumatismales, comme le torticolis ou les arthralgies simples. Il n'y a donc pas à hésiter à l'administrer.

Il faut en continuer l'usage, à la même dose, pendant trois jours consécutifs, pour prévenir la récidive. On en suspend l'usage ensuite, et, comme l'urine persiste à en présenter pendant soixante heures environ, on peut n'en reprendre l'emploi qu'après cette période, à dose décroissante, et à la dose primitive en cas de récidive des douleurs. (*Soc. de thérap.*, février.)

Si ces affirmations catégoriques ne permettent pas le doute, on aimerait à trouver une statistique des cas ainsi traités pour fortifier la conviction, car aucun médecin ne s'est expliqué aussi formellement sur l'innocuité de ce sel chez les enfants et des effets anti-rhumatismaux aussi merveilleux. Seul, M. Sée en a parlé aussi favorablement chez l'adulte, et l'on sait aujourd'hui tout ce qu'il faut rabattre de ses premières affirmations.

L'innocuité de l'acide salicylique et son action élective chez les enfants sont dues, suivant M. Bergeron, à l'intégrité des reins en permettant son élimination facile par les urines. Les bains froids, en entravant son élimination par la peau, en l'emmagasinant, déterminent ainsi des accidents. (*Association française.*)

A ces dithyrambes enthousiastes, il convient d'opposer les cas où le salicylate, tout en faisant disparaître comme par enchantement, selon son habitude, les douleurs du rhumatisme, semble en avoir aggravé les effets consécutifs, sinon chez des enfants, au moins chez de très jeunes gens. Telle est la complication cérébrale et la périostite phlegmoneuse observées et constatées après la mort chez ce jeune sous-lieutenant d'artillerie de Fontainebleau. (Voy. *année* 1878.) Un exemple analogue est relaté par le docteur Desplats sur une fille de vingt ans, atteinte pour la première fois d'un rhumatisme poly-articulaire très aigu, dont les douleurs disparurent en deux jours par le salicylate. Mais une série d'autres manifestations sur la peau, le cœur, le

péricarde, le poumon, les plèvres et l'intestin ne tardèrent pas à se succéder, sans que la médication eut aucune action sur elles. Une affection organique du cœur fit ainsi mourir la malade d'asystolie, six mois après.

C'est une albuminurie compliquée de pleurésie et de congestion pulmonaire qui succéda à l'emploi du salicylate dans un autre cas. Et ce grave accident est d'autant plus justement attribué à l'usage de ce médicament que son élimination est très rapide et exclusive par les reins. (*Gaz. hebd.*, n° 3.)

Il serait donc peu clinique de ne pas faire de certains états des reins et du cœur des contre-indications expresses à l'emploi de ce sel. Guérir les douleurs n'est pas guérir le rhumatisme ou plutôt sa diathèse. Et c'est ainsi que chez les enfants, comme chez les individus de tout âge qui en sont frappés héréditairement, il est au moins prudent de ne pas l'administrer à dose jugulante et d'en surveiller les effets sur les reins, surtout après les fièvres éruptives. Il y a là évidemment des distinctions à faire.

Estudo sobre o rheumatismo chronico nodoso na infancia e seu tractamento. (Etude sur le rhumatisme noueux chez l'enfant et son traitement), par le docteur Moncorvo, membre résident de l'Académie de médecine de Rio-de-Janeiro, etc. Brochure in-8 de 105 pages. Rio-de-Janeiro, 1879.

Une seule observation clinique a été le point de départ de ce mémoire intéressant; son importance le justifie. Il s'agit de la fille d'un médecin, âgée de deux ans, pâle, faible, délicate, mal venante pour avoir été allaitée par différentes nourrices, quelques-unes scrofuleuses et rhumatisantes. Tout en ayant triomphé d'une coqueluche, et en se fortifiant, par l'usage de l'huile de foie de morue, le phosphate de chaux et les bains salés, elle fut prise, au milieu de juin 1874, de gonflement des articulations des genoux, avec douleur dans les mouvements et fièvre, sans avoir été exposée ni au froid, ni à l'humidité. D'autres articulations des mains et des pieds se prirent également, et, malgré l'emploi successif des divers moyens usités, internes et externes : quinine, arsenic, iodure de potassium, alcalins, lavements calmants, badigeonnages d'iode, etc., la

maladie suivit imperturbablement sa marche chronique jusqu'au mois de mars suivant, en tenant l'enfant dans une immobilité presque absolue, les bras et les jambes surtout, dont les articulations étaient si gonflées, noueuses, que les muscles s'atrophièrent notablement.

C'est alors que des courants électriques continus de douze, puis vingt-quatre éléments furent appliqués à ces articulations, et aussitôt le liquide diminua, ainsi que les nodosités, et, à la fin d'avril, ces articulations avaient récupéré en partie leurs mouvements, en même temps que l'état général s'améliorait. Combinés avec le massage et un régime reconstituant jusqu'en octobre, ces courants, après quarante séances, avaient dissipé entièrement les nodosités, ainsi que les rétractions fibreuses et les atrophies musculaires en résultant.

Un succès si éclatant ne pouvait laisser indifférent un jeune médecin adonné spécialement aux maladies de l'enfance et qui est venu les étudier et les observer à Paris. L'extrême rareté du rhumatisme noueux chronique chez les jeunes enfants était de nature à exciter ses recherches aussi bien que son traitement. Ses investigations bibliographiques, étendues à tous les pays, ne lui ont rien fait découvrir de spécial à ce sujet avant la thèse de Claisse, soutenue à Paris en 1864. Les auteurs spéciaux ne l'avaient signalé qu'incidemment jusque-là, et, depuis lors, Churchill en Irlande, Vogel et Steiner en Allemagne, West à Londres, Meigs aux Etats-Unis, n'en font mention que pour mémoire, comme Bouchut en France. Ce n'est que dans ces dernières années que l'on s'en est occupé d'une manière spéciale, et telle est la rareté du rhumatisme noueux en particulier que neuf cas seulement observés dans l'enfance, dont trois garçons et six filles, en sont relatés.

L'auteur a fait ainsi une monographie complète de cette affection dans l'enfance, en visant plus de cent auteurs spéciaux dont il donne la bibliographie exacte. Son utilité est d'autant plus grande qu'elle manquait au Brésil, et qu'elle enregistre les travaux de tous les autres pays à ce sujet, ceux de la France en particulier.

RUPTURES. Rupture de la trompe de Fallope. (Voy. ACCOUCHEMENTS).

Rupture de la vessie. *Laparotomie.* (Voy. VESSIE.)

S

SANG. Sa formation dans la moelle des os est révoquée en doute par M. Pouchet. D'après ses recherches, l'hémoglobine trouvée dans cette moelle proviendrait d'éléments médullaires vieillis et en train de subir une dégénérescence hémoglobique. Les globules rouges chez l'adulte proviendraient directement des globules blancs, ou se formeraient de toutes pièces dans le plasma.

Mais cette interprétation est contredite par M. Hayem. Les cellules médullaires contenant de l'hémoglobine sont pour lui des hématoblastes qui, versés dans la circulation par la lymphe, renouvellent les globules rouges. On les trouve ainsi dans les ganglions mésentériques du lapin et du chat, mais non dans la rate.

Entre ces deux hématologistes, le professeur Ranvier, grand-prêtre de l'histologie, prononce son arrêt en invalidant ces deux interprétations à la fois. La transformation des hématoblastes en globules rouges n'est pas plus démontrée que la formation de ceux-ci au sein des leucocytes. Et voici comme, d'expérience en expérience et d'hypothèse en théorie, on n'est guère plus avancé sur ce phénomène primitif. (*Soc. de biol.*, mars.) Voy. CHEILO-ANGIOSCOPIE.

Altérations. Un appareil spécial ayant permis à M. Quinquand de fixer la quantité d'hémoglobine et de matériaux fixes du sérum du sang normal, ainsi que son pouvoir oxydant, sur une proportion de 1000 grammes, il en a déterminé comparativement les altérations, en l'étudiant sous ce triple rapport dans les affections suivantes :

	Hémoglobine.	Pouvoir oxydant	Matériaux fixes.
Sang normal	125 gr.	240 c.c.	90 gr.
Chlorose	50	100	90
Anémies organiques	80	150	88
— palustres	78	»	60
— gravidique	83	160	85
— pernicieuse progressive	60	115	45 à 60

Tuberculose	112	208	»
— commençante	100	192	80 à 86
Purpura	68	128	84
Scorbut	55	100	78
Cirrhose atrophique	60	126	66
— palustre	76	150	»
Périostite tuberculeuse	72	130	65
Cancer du foie	52	100	»
Dilatation simple de l'estomac	88	100	»
— cancéreuse	50	174	»
Entérite simple	94	180	»
— tuberculeuse	88	170	»
— aiguë	97	176	»
Fièvre typhoïde	110 et au-dessus.	192	»
Hystérie avec toux	96	192	»
Néphrite interstitielle	70	104	76
— parenchymateuse	56 à 58	115	60
Pleurésie hémorrhagique	35	»	»
Thoracentèse : avant	98	130	114
Thoracentèse : après	70 à 72	116	73
Thoracentèse, second cas : avant	67 à 70	100	96
Thoracentèse, second cas : après	66	140	84

(*Soc. méd. des hôpitaux*, juin.)

Ces chiffres ne sont évidemment que relatifs aux cas auxquels ils se rapportent et nullement absolus. Ils peuvent varier dans d'autres, comme le prouve la communication du même auteur sur *la maladie et la lésion hématique* à l'Association française, au Congrès de Montpellier, pour montrer que chaque espèce morbide entraîne une altération particulière du sang :

	Hémoglobine.	Pouvoir oxydant	Matériaux fixes.
Dilatation simple de l'estomac	90 gr.	174 c. c.	»
Cancer de l'estomac [1]	52	100	»
Néphrite interstitielle	72	140	74 gr.
— parenchymateuse	65	126	64
Scorbut	57	110	78
Purpura simple	70	134	84
— hémorrhagique	56	108	»
Chlorose [2]	50	96	»

1. Tous les cancers en général déterminent une grande destruction de l'hémoglobine. Elle peut descendre à 28 grammes, tandis que les matériaux solides du sérum s'éloignent peu du chiffre normal.

2. La destruction est ici la plus marquée, tandis que le sérum reste parfaitement sain. Ce sont les deux caractères distinctifs de cette maladie, comme les simples recherches hématologiques l'avaient déjà indiqué.

Pneumonie franche		105	»	88
— typhoïde		70 à 72	»	72
Tubulhématie rénale		»	30	»
Grossesse :	sang de la mère	76	»	»
	sang du fœtus	95	»	Le fœtus use surtout ces matières solides.
Sénilité :	de 70 à 80 ans	80 à 85	154 à 163	83 à 84
	au delà	75 à 78	144 à 150	75 à 77

Quant à la thoracentèse, elle détruit l'hémoglobine, le pouvoir oxydant et les matériaux solides durant les quelques jours qui la suivent, pour reprendre bientôt après, comme on l'a vu déjà, son taux primitif. Mais c'est le contraire si l'épanchement tend à la suppuration : la courbe de ces lésions continue à décroître, et c'est là un signe précieux pour prévoir et découvrir la purulence de la plèvre, de même que pour le diagnostic différentiel de la pneumonie inflammatoire et hypostatique.

Réparation. Elle se fait, suivant M. Hayem, par une production nouvelle d'hématoblastes après les maladies aiguës, aussitôt la défervescence. Elle est moins rapide et marquée dans les maladies fébriles lentes et à défervescence traînante.

Ces hématoblastes se transforment rapidement en globules rouges, et leur durée est ainsi très courte dans les maladies aiguës. Elle est plus prolongée et se fait par poussées successives dans l'autre groupe.

Cette reconstitution du sang est la même que dans les hémorrhagies et surtout les pertes de sang prolongées. Le sang des convalescents contient ainsi, pendant un temps variable, des hématies incomplètes qui font baisser la moyenne de la matière colorante au-dessous de la normale. (*Acad. de méd.*, décembre.)

SCIATIQUE. L'électrisation de ce nerf, chez un certain nombre de malades, détermine un sommeil plus profond durant la nuit suivante. Suivant l'observation de M. Onimus, que les courants soient dirigés contre l'atrophie musculaire, l'impotence fonctionnelle ou la sciatique du membre, le sommeil qui suit est plus lourd et prolongé. Ce

n'est donc pas la cessation de la douleur qui peut rendre compte de ce fait imprévu et qui devra être observé à l'avenir.

L'auteur attribue cet effet à l'excitation de la circulation cérébrale et à la tension artérielle en résultant. On sait que la section du sciatique produit l'épilepsie chez le cobaye. Plus que tous les autres nerfs périphériques, son influence est considérable sur les centres nerveux, de même que les affections de ces centres retentissent sur lui. Les douleurs des jambes, les fourmillements et l'hyperesthésie cutanée de la plante des pieds sont bien connus dans les affections sclérotiques de la moelle et les tumeurs du cerveau. Rien d'étonnant que son électrisation directe ne retentisse à son tour sur ces centres. (*Soc. de méd. de Paris*, mai, et *Union méd.*, n° 88.)

Injections de nitrate d'argent. Contre une sciatique rebelle gauche, récidivée chez un homme de 25 ans, entré à l'hôpital Laennec, le 1er avril, pour une affection de poitrine, M. Damaschino injecta, dans le tissu cellulaire sous-cutané qui recouvre le muscle fessier, deux gouttes d'une solution de nitrate d'argent au quart. Trois vésicatoires morphinés avaient été appliqués auparavant sans amélioration. Au contraire, la douleur sciatique cessa immédiatement après l'injection. Il n'existait plus que celle causée par la piqûre. Un petit phlegmon suppuré en résulta, que l'on ouvrit largement avec le bistouri, et depuis lors, le malade va et vient sans douleur. (*Gaz. des hôp.*, 24 août.)

Ce fait n'est qu'un spécimen des nombreuses observations semblables consignées dans la thèse de M. Dureau sur ce sujet (Paris, 1877), à laquelle on peut recourir.

Sciatique aiguë. *Salicylate de soude.* Incité par la diathèse rhumatismale d'un homme qui venait d'être pris d'un violent accès de sciatique, le docteur Abbot prescrivit l'acide salicylique à la dose de 40 centigrammes, dissous dans l'acétate d'ammoniaque, à renouveler toutes les trois heures, jusqu'à cessation de la douleur. Dès le lendemain matin, la jambe était libre et le malade pouvait marcher. Il cessa le médicament, et la douleur revint bientôt. Mais il suffit de reprendre et continuer l'usage du salicylate de soude ensuite pour obtenir une guérison rapide.

Une seconde application chez une dame exempte de toute tare rhumatismale eut le même succès avec récidive. Mais il suffit de continuer l'usage du salicylate à dose décroissante pendant une semaine pour qu'il ne restât plus qu'un sentiment de faiblesse et de fourmillement du membre.

Une dame très nerveuse et qui avait eu un rhumatisme aigu, ayant été soumise aussi d'emblée à l'usage de 60 centigrammes de salicylate toutes les trois heures, contre une attaque aiguë de sciatique, était débarrassée de sa douleur dès le lendemain. Le médicament fut continué à dose décroissante pendant une semaine, et la guérison fut complète. (*Boston med. and surg. journ.*, n° 3, juillet.)

Employé de même avec succès contre la névralgie aiguë. (Voy. *ce mot*.)

Sciatique syphilitique. (Voy. Névrite.)

SCOLIOSE. *Auto-suspension et corset plâtré.* Les perfectionnements simplifiés apportés, par le professeur Sayre, au traitement mécanique du mal de Pott (voy. *année* 1878), ont été appliqués aux déviations latérales ou courbures de la colonne vertébrale par M. Fochier, de Lyon, avec un succès qui l'a surpris, surtout dans les cas extrêmes. Voici les détails qu'il en donne :

On sait que la suspension se fait à l'aide d'un appareil qui supporte la tête par la mâchoire inférieure et l'occiput, et qui est attaché soit au plafond, soit à un trépied, par une moufle. Le malade tire lui-même sur la corde de la moufle, en ayant soin de tenir ses bras aussi élevés et éloignés de la tête que possible. Il s'élève ainsi, par cette nouvelle manœuvre personnelle, jusqu'à ce que les pieds ne touchent plus le sol que par la pointe, et doit faire, dans cette position, plusieurs grandes inspirations, la main gauche étant plus haute que la droite dans le cas de convexité dorsale de ce côté, qui est le plus fréquent. Cette manœuvre est répétée plusieurs fois de suite pendant quelques minutes, et le malade doit faire deux séances par jour.

A la simple courroie des anciens appareils à extension continue, M. Fochier a substitué une plaque en tôle modelée et rembourrée, embrassant toute la mâchoire. La suspension n'étant que momentanée, il n'y a pas à se

préoccuper de laisser à la bouche la faculté de s'ouvrir. Il a prolongé et multiplié les séances, en faisant varier la situation respective des mains, non d'après la théorie de M. Sayre sur l'action des muscles extrinsèques, mais suivant les effets obtenus. Une singulière conséquence de l'exagération apportée, par une jeune malade, à la recommandation de placer toujours la main gauche au-dessus de la main droite en se suspendant, durant trois mois qu'elle pratiqua, six fois par jour, ce manège avec un corset plâtré, en dehors de toute surveillance, fut de présenter à son retour la disparition presque complète de la courbure dorsale la plus marquée, en diminuant de longueur; mais la courbure lombaire à convexité gauche était plus accusée et comprenait un plus grand nombre de vertèbres dorsales que lors de la mise du corset. Il suffit de modifier ces manœuvres défectueuses dans le sens contraire pour faire disparaître cette courbure artificielle en un à deux mois.

Le *corset plâtré* est l'innovation la plus frappante. On l'obtient en appliquant, pendant que le malade est redressé par l'auto-suspension, une série de circulaires avec des bandes imprégnées de plâtre, que l'on renforce par de petites lames métalliques verticales. Puis, lorsque le plâtre est solidifié, on laisse le malade retomber pour ainsi dire dans ce moule, qui convient à son attitude de redressement plus ou moins complet. Toutes les surfaces qui tendent à se mettre en saillie, par suite de l'affaissement avec incurvation de la colonne vertébrale, subissent une pression en rapport avec leur degré de déviation et transmettent, d'une part, cette pression à la colonne, par l'intermédiaire des côtes, et, d'autre part, le poids du corps au bassin, par l'intermédiaire du corset.

Tout en suivant minutieusement les prescriptions de l'auteur pour la confection de cet appareil, une certaine expérience personnelle est nécessaire pour le rendre utile, sans pression douloureuse. L'omission du moindre détail peut causer des déceptions regrettables, dont voici un exemple. On avait donné à un enfant, pendant la suspension, une pièce de dix centimes pour le distraire. Elle glissa à l'insu des assistants entre la peau et le maillot de tissu tricoté qui la recouvre. Par suite de la pression, cette pièce s'incrusta dans la peau et y provoqua en quelques jours une ulcéra-

tion qui avait exactement ses dimensions. La pression interne de ce corset doit donc être très régulière et uniforme, pour ne pas provoquer d'accident analogue.

Un moyen simple de façonner le maillot pour l'adapter à la conformation du thorax et du bassin, c'est de couper les deux bouts d'un bonnet de coton pour avoir un cylindre de tissu suffisamment élastique pour se mouler sur les sinuosités d'un tronc scoliotique.

Il est surprenant de voir combien la respiration est facilitée par ces suspensions et ce corset. La capacité respiratoire, qui, dans un cas de M. Sayre, était de 140 pouces cubes avant l'application, s'éleva à 200 après. Dans la scoliose avancée chez les sujets chétifs, la pâleur du teint et des lèvres ne dépend pas seulement de l'anémie, mais de la gêne de l'hématose dans le poumon, et c'est ainsi que les couleurs des lèvres et de la face reviennent aussitôt après l'application du corset d'une manière frappante. Toutes les fonctions se réveillent, l'appétit revient, les digestions s'exécutent mieux, la force musculaire est augmentée. Dans certains cas, les modifications de l'état général sont même plus rapides que celles de l'état local.

Ce traitement est envisagé d'abord avec une certaine répugnance par les parents qui redoutent, surtout dans le Rhône, « l'humidité du plâtre ! » mais il est accepté avec plaisir par les jeunes malades. L'auto-suspension fait éprouver une de ces sensations bizarres, analogues à celles que procure l'escarpolette, et qui plaisent tant aux adolescents, spécialement aux jeunes filles. Le retour rapide d'un certain degré de forces, dès le début du traitement, est un élément qui incite à la persévérance, et les scoliotiques affaiblies ne se trouvent pas bien dans l'intervalle qui sépare l'ablation d'un corset plâtré de la confection d'un autre. Il faut, en effet, dans les cas de scoliose avancée, changer fréquemment le corset. Au début du traitement surtout, les modifications étant rapides, il faut renouveler la confection de l'appareil tous les mois d'abord, puis tous les deux mois. On peut le laisser en place pendant trois mois plus tard.

Sans décider si tous les cas de déviation latérale sont justiciables de ce traitement mécanique, depuis le premier jusqu'au troisième degré, M. Fochier décrit un procédé de lignes pour les mesurer plus exactement. Dans les cas de forte

saillie de l'angle des côtes, on ne doit pas s'attendre à de brillants résultats; mais le corset constitue un soulagement, un modificateur de l'état général et un obstacle à l'accroissement de la difformité. Une amélioration considérable a été obtenue en quatre mois chez une enfant de onze ans, soumise depuis quatre ans à divers traitements par plusieurs chirurgiens. Ce traitement avait été entrepris avec si peu d'espoir que le tracé de la colonne n'avait pas été pris lors de l'application du premier corset plâtré. Il ne faut donc pas hésiter à intervenir de la même façon pour les cas les plus extrêmes, et, si les résultats sont moins favorables, il y a tout lieu d'espérer de l'amélioration. Chez la jeune fille qui s'était fait une courbure dorso-lombaire artificielle, sur la limite du troisième degré, un redressement presque absolu a été ainsi obtenu en cinq mois de traitement, avec un seul corset plâtré porté pendant trois mois.

Dans trois autres cas, l'auto-suspension et des adjuvants hygiéniques ont été seuls employés. Ils suffisent dans les cas légers où l'on observe que la courbure principale et les deux courbures compensatrices tendent à s'égaliser quant à la longueur de la corde et la flèche de l'arc. La somme des flèches diminue et la ligne centrale s'accroît en même temps.

Le traitement, dans ces cas, est plus facile et dure de deux à cinq mois, suivant le degré de la courbure et surtout, d'après une expérience limitée, suivant la constitution des sujets.

Dans tous les cas, il faut continuer l'auto-suspension longtemps après la guérison, d'autant plus longtemps que le sujet est plus jeune et plus faible; mais alors le traitement devient moins rigoureux et ne constitue plus qu'un des exercices gymnastiques.

Ce traitement ne peut être mis en parallèle qu'avec celui des lits orthopédiques, avec ou sans extension, qui a donné de beaux succès. Mais on verra bien vite que le corset plâtré est un moyen beaucoup moins rigoureux et plus rapide que le lit mécanique. La chose est trop évidente pour y insister. Un chirurgien, chargé d'un service hospitalier, est tenu d'ailleurs d'être démocrate, au moins en thérapeutique, et de faire remarquer que la méthode de Sayre rend possible le traitement de la scoliose chez les malades qui

sont obligés de réclamer des soins à l'assistance publique, et aussi chez ceux à qui des ressources limitées ne permettent pas de faire un séjour prolongé dans un établissement orthopédique. A ce titre aussi, elle est bien supérieure à tous les procédés employés jusqu'ici. (*Lyon méd.*, n° 11.)

Après une pratique de plus d'une année, exercée avec plus ou moins de suite sur vingt-quatre sujets, le docteur Dally, directeur de l'établissement orthomorphique du parc Monceau, tout en approuvant l'auto-suspension et l'immobilisation consécutive, croit surtout qu'il faut rendre aux tissus leurs propriétés nutritives. A cet effet, il pratique, durant la suspension, des manipulations pour favoriser la détorsion vertébrale, en assouplissant les articulations inter et costo-vertébrales de la convexité, qui sont en général le siège de tuméfactions et de proliférations conjonctivales et périostiques. C'est pendant le relâchement des tissus que l'effet absorbant ou résolutif du massage se produit avec le plus d'intensité. L'assouplissement immédiat des jointures s'obtient ainsi, favorise les tentatives de redressement des vertèbres déviées et permet aux muscles de récupérer une partie de leur action. Tout cela n'a lieu que dans une faible mesure à chaque séance, et la répétition fréquente de ces manœuvres et une gymnastique consécutive sont la condition de leur succès. Et encore sont-ils souvent atténués par l'effet des pressions que supportent les vertèbres dans l'attitude verticale. Aussi, évite-t-il cette attitude le plus possible. Des courants continus et légers, appliqués dans l'attitude horizontale, à l'aide de plaques laissées en place pendant quinze à soixante minutes, sont éminemment favorables. L'hydrothérapie et les douches froides ajoutent leur action tonique aux effets précédents.

Mais, isolée de ces moyens organoplastiques fondamentaux, la suspension cervico-axillaire, toute rationnelle qu'elle soit, n'offre aucune valeur thérapeutique associée au bandage de corps permanent, inamovible ; elle est aussi pernicieuse dans la scoliose qu'elle est avantageuse dans la déformation angulaire aiguë, car ce bandage a pour effet d'immobiliser le rachis. On vise à l'ankylose, qui est alors la plus lourde faute ; le bandage ne peut rendre des services aux scoliotiques que s'il est changé tous les jours ou trois fois par senaine au moins. (*Bull. de thérap.*, avril, n° 8.)

D'après l'expérimentation qu'il a faite à l'hôpital des Enfants et dans son service orthopédique de l'Assistance publique, M. de Saint-Germain, placé ainsi dans les meilleures conditions pour bien juger des effets de ce nouveau système, estime que toutes les flexions se corrigeront par l'auto-suspension, et considère le corset plâtré comme un bon appareil. Mais il n'admet pas que, dans la scoliose vraie, avec torsion du rachis, on puisse, avec cet appareil inamovible et immuable comme le mur le plus solide, obvier à une déformation instable. A une pression mobile, il faut une pression constante et se déplaçant comme la déformation elle-même. Aussi l'inventeur a-t-il prévu l'objection, et dans les cas de gibbosité latérale très saillante, contre laquelle une pression constante est nécessaire, modifie-t-il son appareil, en plaçant sous le corset une large sangle élastique, embrassant la gibbosité, et dont les deux chefs, sortant par deux trous du côté opposé, servent à serrer progressivement, à mesure que la saillie diminue. Le corset n'a dès lors plus de supériorité sur les ceintures employées.

Ce corset peut donc rendre de grands services dans la déviation latérale du rachis par simple flexion, et donner une guérison complète; mais, dans la scoliose par tension, son action est manifestement inférieure aux plaques mobiles, à compression constante, avec point d'appui solide sur le bassin, voire même au corset d'attitude ou à barrettes. (*Union méd.*, nº 104.)

SEPTICÉMIE. Son origine interne ou externe est toujours l'objet des principales préoccupations des pathologistes. Elle forme aujourd'hui le point culminant de la pathogénie. M. Panas ayant admis que les symptômes typhoïdes, putrides ou septicémiques de l'ostéo-myélite de croissance (*V. ce mot*), pouvaient provenir d'une infection primitive du sang, M. Colin s'est emparé aussitôt de cette concession pour nier toute action pathogénique des germes, bactéries ou autres microbes. Il a exposé le canal médullaire d'animaux au contact de l'air des étables, ainsi que leurs plaies, et jamais il n'a vu la septicémie en résulter. Le contact de l'air ni des germes n'est donc pas indispensable à sa production.

Au contraire, M. Bouley établit comme un principe

absolu que les altérations les plus graves des tissus peuvent se produire, et ceux-ci se nécroser, mourir et disparaître, sans qu'il y ait aucun phénomène de putréfaction, tant que la peau est intacte et qu'ils sont ainsi à l'abri du contact de l'air. Le bistournage a maintes fois été pratiqué par M. Chauveau, en séparant complètement le testicule par la méthode sous-cutanée, et jamais, jamais il n'a observé de putréfaction. Le testicule isolé pouvait bien, comme corps étranger, déterminer un abcès, mais sans accidents septicémiques. Des séquestres osseux, du sang même, dans quelques cas, ont pu rester dans les tissus pendant plusieurs années, s'enkyster, sans s'altérer ni provoquer aucun travail de fermentation putride, comme des exemples le démontrent péremptoirement. On peut donc poser en loi, dit M. Trélat, qu'une portion quelconque de matière organique : os, muscles, cellules, globules de sang, etc., restant dans l'organisme en dehors des conditions physiologiques, garde un certain *modus vivendi* qui l'expose seulement à des modifications vitales, comme l'enkystement, la régression, l'absorption, la résorption ; elle peut ainsi y séjourner indéfiniment sans subir la fermentation putride, tant qu'elle reste à l'abri du contact de l'air.

Flottant, au contraire, dans les généralités et les hypothèses, M. Colin soutient que le développement de la septicité est dans l'altération préalable des liquides, la mort des tissus en masse ou d'une partie de leurs éléments constitutifs. Mais, à l'opposé de ses contradicteurs, qui citent des faits, des exemples démonstratifs à l'appui de leur thèse, il se tient dans ces assertions vagues, sans expériences ni démonstrations, pour étayer la sienne. Il prétend détruire la doctrine positive des germes en ne lui opposant que des conceptions vitalistes, acceptées autrefois, et que la panspermie a discréditées, sinon anéanties, comme les expériences suivantes, de M. Davaine, sur la température, le prouvent.

Aussi MM. Perrin et Trélat ont-ils eu beau jeu à démontrer que la septicémie chirurgicale, provenant des plaies ouvertes, exposées, est de beaucoup la plus fréquente, et que sa production se concilie parfaitement avec la doctrine des germes atmosphériques, puisqu'on la prévient aujourd'hui beaucoup plus qu'autrefois en s'opposant à la *récep-*

tion et à l'action de ces germes par les antiseptiques ou la protection des plaies.

Tous les chirurgiens traitent ainsi les plaies, même sans faire la chasse aux germes, et ils ont si bien réussi qu'ils en ont modifié l'aspect, la sécrétion, la marche. Tous sont d'accord à ce sujet, aussi bien ceux qui redoutent l'accès des germes atmosphériques que ceux qui n'y croient pas. M. Le Fort, qui attribue exclusivement la putridité à la contagion, prend aussi les mêmes précautions et s'en trouve bien.

Si toutes les plaies ne produisent pas la septicémie, c'est que le germe n'est pas tout; il faut aussi que le terrain ou l'état de celui qui le reçoit soit apte à le faire germer. Les liquides stagnants et putrescibles sont les plus propres à cet effet. Or, ces conditions n'existant pas dans la plupart des plaies simples, la cause n'en peut être alors qu'interne : altération du sang, des humeurs ou des tissus. Des accidents septiques et putrides se développent ainsi dans l'économie en dehors de toute plaie, surtout dans les fièvres graves, où des liquides infects et putréfiés se rencontrent au voisinage du tube intestinal. C'est là la septicémie interne, médicale, dont on ne connaît pas encore le mode intime de production. Il faut la réserver, sans rejeter pour cela la théorie de M. Pasteur, si féconde en résultats pratiques contre la septicémie externe ou chirurgicale.

Quant à la mort préalable des éléments anatomiques, mise comme condition essentielle au développement de la septicémie par M. Colin, à ces éléments désagrégés, ces globules tout prêts pour la putridité qui se produiraient dans les interstices des tissus entourant les plaies, et qui pourraient soit être versés avec le pus à leur surface, soit être absorbés et servir à la production de la septicémie, il n'y a rien là que d'hypothétique, dit M. Trélat; rien de tout cela n'est certain ni original. La sepsine a été ainsi imaginée par les Allemands, et patronnée par M. Verneuil en France, comme le poison spécial des plaies. C'est le même ordre d'idées sans preuves nouvelles. Il est incontestable que l'introduction des germes septiques en faible quantité ne suffit pas à elle seule à amener la septicémie sûrement. Tous les jours, le chirurgien rencontre par de larges incisions, dans les phlegmons diffus par exemple, des tissus mortifiés en

grande partie, des liquides putrides, et, dans ces conditions même, une partie des malades guérissent, sans que la septicémie résulte de ces foyers de putridité. On ne sait même pas si les germes putrides en grande quantité seraient fatalement mortels chez tous. Par contre, il est évident que des quantités bien faibles amènent cette septicémie chez certains sujets. Reste à découvrir le pourquoi.

Action de la température. Si le cobaye est moins sensible que le lapin à contracter la septicémie par l'inoculation, il n'y est pas absolument réfractaire. 13 cobayes inoculés par M. Davaine, pendant l'hiver, avec une quantité de sang septique, variant de 1/10 à un 1/50 de goutte, ont tous résisté, tandis que 10 autres inoculés en été avec une quantité bien inférieure du même sang, variant de 1/50 à 1/500 de goutte, sont tous morts de septicémie. L'influence de la température, vérifiée et confirmée par l'injection de la saumure sur les mêmes animaux, est donc réelle pour eux, comme pour celle du développement de la fièvre jaune chez l'homme, qui ne la contracte que dans les pays chauds. Comme la putréfaction, la septicémie s'éteint, et plusieurs autres maladies, par une température voisine de zéro.

C'est le contraire du charbon, qui se développe en toute saison. Et cependant il est produit par la bactéridie, comme la septicémie. Les bactéridies seules diffèrent. Ce sont donc deux maladies spécifiques et distinctes.

Sur la question de savoir si la vie de la force vitale est pour quelque chose dans le développement de ces maladies virulentes, le contraire résulte positivement de ce fait. Injectez à un lapin un millionième de goutte de sang septique, il contracte la septicémie et meurt aussitôt, tandis que la même quantité est absolument inoffensive pour le cobaye beaucoup plus petit, puisque 1/10 de goutte, même sous une température voisine de zéro, ne suffit pas à lui donner la maladie. Pour le charbon, au contraire, un millionième de sang charbonneux tue le cobaye et ne produit aucun effet sur le lapin. La force vitale est donc nulle ici.

Quatre conditions sont nécessaires pour contracter la septicémie, d'après ces expériences : c'est l'introduction du virus représenté par la bactérie de la putréfaction dans les organes de l'animal vivant, pourvu que ce milieu, liquide ou solide,

soit favorable à sa reproduction. Quant à la quantité à inoculer, elle varie suivant les espèces et la température. (*Acad. de méd.* février.)

Le professeur Leube propose de substituer à la désignation de septicémie spontanée, qui se développe sans lésion capable d'en indiquer le siège probable, et dont les premiers symptômes sont complètement latents, le nom de *cryptogénétique*, comme indiquant mieux cette origine latente, au lieu de suggérer une spontanéité qui ne peut être ni obtenue ni démontrée. Voici le tableau qu'il trace des cas auxquels cet adjectif est applicable, d'après les cinq observations relatées. Sans cause appréciable, un individu est pris de frisson et de fièvre, vomissements et diarrhée parfois, douleurs dans les membres, surtout par l'exercice, suivi d'un état comateux, avec contractures musculaires, hyperesthésie générale ou parésie, évacuations involontaires et souvent une respiration troublée de Cheynes-Stokes. Souvent il y a des extravasations cutanées ou conjonctives et une éruption spéciale de la peau, consistant en petites vésicules avec un point hémorrhagique ou du pemphigus avec pustules hémorrhagiques. L'endocardite et la péricardite existent parfois; le foie est tuméfié, et une température élevée à 40° et 41°,4 s'observe. La fièvre est continue dans les cas aigus; il y a des rémissions et des exacerbations dans d'autres, avec frissons. Des foyers de suppuration se constatent parfois dans les poumons. Les infarctus et les épanchements pleurétiques sont très communs.

L'autopsie montre ordinairement des lésions cardiaques, des ecchymoses avec foyers de suppuration. Le sang prédomine en leucocytes; des agrégats de bactéridies ont même été constatés. Les organes abdominaux, sauf la rate, ne présentent pas de lésions notables, bien que la péritonite ait été diagnostiquée par erreur, en raison de l'hyperesthésie générale. L'albuminurie est fréquente, et les reins présentent souvent des traces d'inflammation. (*Revue méd. de l'Est*, n° 6.)

La participation du système nerveux central, presque constante par la somnolence, le coma, les convulsions, et dont les lésions se retrouvent par l'injection et les extravasations sanguines, n'importe pas moins au diagnostic. La présence de l'albumine et des débris épithéliaux dans l'urine

peuvent ainsi faire croire à l'urémie, mais l'élévation de la température en est la négation. Il est plus difficile de la distinguer avec la granulie ou tuberculose miliaire aiguë, mais le cours rapide de la septicémie cryptogénétique et des symptômes généraux la fait bientôt reconnaître.

C'est surtout par la marche différentielle de la température et l'absence d'hémorrhagies rétiniennes que l'on distingue la fièvre typhoïde. Quand les symptômes cérébraux prédominent, l'hypertrophie de la rate et l'éruption cutanée seront les points principaux pour décider du diagnostic. Il peut cependant être rendu impossible dans les cas d'endocardite ulcéreuse par sa ressemblance avec la septicémie spontanée dans certains cas, car c'est là aussi comme un empoisonnement du sang. (*Deutsch. archiv für klin. medicin.*)

Tous ces symptômes pris isolément n'ont que peu de valeur, mais leur signification est grave au contraire par l'éruption cutanée. Les pétéchies de la peau sont aussi caractéristiques que de petits foyers purulents dans les organes. Cette extravasation est le premier indice d'un trouble local du sang ou de ses vaisseaux, déterminé par l'accumulation de la substance toxique. L'inflammation articulaire s'est rencontrée moins fréquemment que cette altération de la peau.

Septicémie utérine. *Injections intra-utérines de permanganate de potasse.* Dans l'état puerpéral et en dehors de cet état, l'emploi de ce moyen est recommandé par le docteur Chadwick, comme facilitant l'issue des matières putrides, la couleur jaune sale du liquide sortant étant une indication de les renouveler. Sur 21 femmes ainsi traitées par le docteur Sinclair, 12 ont guéri. Mais d'énergiques protestations ont été faites contre ce traitement topique, en grand honneur aux Etats-Unis. (*Amer. gynecological meeting*, septembre, et *Boston med. and surg. journ.*, nº 13.)

SPLÉNOTOMIE. *Guérison.* Si la splénotomie, dit le docteur Martin, de Berlin, est une opération dont la réussite est des plus incertaines, il est néanmoins aujourd'hui prouvé qu'elle est praticable avec un succès complet : sur neuf sujets opérés, trois ont guéri, donc il n'y a pas témérité à tenter l'extirpation de la rate quand les indications sont formelles. Il est possible d'ailleurs que cette statistique

s'améliore. En effet, des six malades qui succombèrent, un mourut d'infection purulente, deux furent sidérés par le choc opératoire, et trois périrent d'hémorrhagie. Il y a là évidemment des causes de mort que les progrès de la science pourront écarter. L'avenir des opérés n'est d'ailleurs pas du tout sombre, car on sait que l'ablation de la rate est parfaitement compatible avec la santé.

Cette ablation n'est pas chose difficile au point de vue du manuel opératoire ; toutefois le temps délicat de l'opération est celui de la ligature des vaisseaux. On est obligé de lier ces vaisseaux tout près de l'estomac ou du pancréas, voisinage des plus dangereux. Souvent il arrive aussi que les artères et les veines spléniques sont distendues par du sang et peu résistantes par conséquent ; et puis la ligature, placée à une trop faible distance des extrémités divisées des vaisseaux, est capable de céder, d'autant plus que l'effort du sang venu de l'aorte est considérable. C'est pourquoi Billroth n'hésite pas, pour conjurer l'hémorrhagie possible, à conseiller de comprendre dans la ligature une portion du pancréas ; on garantira ainsi plus sûrement l'hémostase.

Péan fixe la ligature dans la plaie, comme un pédicule ; d'autres lient les vaisseaux en masse, d'autres isolément. L'auteur est d'avis qu'il n'y a pas lieu d'être systématique, et qu'on doit se guider d'après les conditions propres à chaque cas. Pour lui, dans l'observation suivante, il fut très favorisé, en ce sens que la rate de son opérée était suspendue à un long pédicule renfermant les vaisseaux spléniques allongés.

La malade était une pauvre bossue de trente-un ans, blanchisseuse, qui, à la suite d'une endocardite intense, présenta tous les signes d'un déplacement de la rate. Pendant quelque temps, ce déplacement ne causa aucun trouble dans la santé de cette femme ; peu à peu, l'état général devint mauvais, et la marche fut à peu près impossible. Lorsqu'elle consulta le docteur Martin, elle avait essayé vainement de beaucoup de traitements, et elle en était arrivée à consommer des doses énormes de morphine pour se soulager. La relation entre les globules blancs et les globules rouges de son sang était à peu près normale.

La vie devenant insupportable pour cette malheureuse, en raison des douleurs violentes qu'elle éprouvait, Martin

lui proposa la splénotomie ; elle fut acceptée, et on la pratiqua le 13 mai 1877, en suivant les règles de la méthode antiseptique. On fit, à la paroi abdominale, une incision de 4 pouces à partir de l'ombilic, à travers laquelle on sortit assez facilement la rate. Les vaisseaux du hile furent liés en trois groupes à l'aide d'un fil de soie. Pendant qu'on liait ainsi les vaisseaux, une artériole se rompit, et il se fit une hématome, par suite de l'épanchement du sang dans le tissu périvasculaire. La rate enlevée et l'hémostase parfaitement assurée, la toilette du péritoine faite, le chirurgien laissa retomber le pédicule dans la cavité abdominale, referma la plaie du ventre et la couvrit d'un pansement antiseptique.

L'organe enlevé était légèrement hypertrophié ; il offrait des traces d'inflammation superficielle, mais n'était pas modifié dans sa structure.

La malade guérit sans aucune réaction. Comme elle avait l'habitude de la morphine, on lui continua ce médicament pendant les trois jours qui suivirent l'opération. Le premier jour, elle ne prit que de la glace ; le deuxième jour, du bifteck et du vin. Le quatrième jour, on renouvela le pansement sous le jet d'acide phénique pulvérisé ; la plaie était déjà réunie par première intention. Le neuvième jour, la malade se levait, ne souffrant plus du tout, et se trouvait parfaitement bien. Au bout de trois semaines, elle retournait à son travail. L'examen microscopique du sang ne montra pas la plus petite altération dans la forme et le nombre des globules sanguins. Les règles revinrent au bout de six semaines, moins profuses qu'autrefois. (*British med. journ.*, février.)

Production artificielle d'atrophies congénitales de la rate. Brochure de 23 pages, extraite des Mémoires de l'Académie de médecine de Belgique, t. XIII, n° 1.

Relation d'expériences faites sur des lapins splénotomisés. Trois des petits étant morts accidentellement, on ne trouva qu'une rate très atrophiée, et n'étant que de 0,0485, en moyenne, avec le poids total du corps, tandis que cette proportion moyenne sur onze autres lapins était de 0,0947, soit plus du double. C'est donc une première démonstration que des lapins dératés donnent naissance à des produits

n'ayant qu'une rate atrophiée dès la première génération. Reste à savoir si, par des expériences ultérieures, elle disparaîtra totalement dans les générations successives, ce qui serait une preuve de plus que la vie est possible sans rate et que le transformisme peut au moins s'étendre jusque-là. L'hérédité serait aussi élucidée par ces expériences.

STATISTIQUE. Dans le louable désir de connaître exactement les causes de décès à Paris et de perfectionner les recherches à cet égard, le Conseil municipal de Paris, où siègent un certain nombre de médecins, a demandé à l'administration préfectorale le concours des médecins traitants pour cette désignation. L'Académie de médecine, consultée à ce sujet, n'a vu qu'un impédiment à cette coopération : c'est la violation du secret professionnel, prescrit par la loi, en divulguant ainsi la nature de la maladie mortelle. Les casuistes ont bien dit que, dans les cas embarrassants où l'honneur, la dignité et le nom d'une famille pouvaient être compromis par cette révélation, il serait toujours possible au médecin de dissimuler le vrai nom de la maladie mortelle par un équivalent; mais l'Académie, mieux inspirée, a résolu cette difficulté en rendant cette coopération du médecin traitant simplement facultative et non obligatoire. Il pourra donc ne pas répondre à la demande qui lui sera faite, et d'ailleurs l'omission des noms et prénoms du décédé mettra sa responsabilité à l'abri. Tout médecin traitant pourra ainsi inscrire le nom de la dernière maladie suivant le diagnostic qu'il aura porté.

Voici les conclusions adoptées par l'Académie de médecine le 29 juillet :

Il ne sera introduit aucune modification dans le service des médecins de l'état civil.

Après les formalités relatives à la déclaration et à la constatation d'un décès, l'administration enverra par la poste, au médecin traitant, un bulletin sur lequel celui-ci indiquera la cause de la mort; il le renverra par la poste au bureau de statistique.

Ce bulletin ne portera ni le nom ni les prénoms du décédé.

Des certificats de décès actuellement remplis par le

médecin de l'état civil, celui qui sera envoyé au bureau de statistique, de même que le bulletin nosologique du médecin traitant, ne portera aucune indication des noms et prénoms du décédé.

La statistique des causes de décès sera faite à l'Hôtel-de-Ville par des médecins. Le docteur Bertillon en a été nommé directeur en chef et l'on peut espérer de son zèle et de son profond savoir toutes les améliorations nécessaires à ce travail.

Le bulletin hebdomadaire de la statistique des causes de décès sera gratuitement expédié à tous les médecins de la ville. Ce service a commencé à partir du 1er janvier 1880, avec un plan indiquant les arrondissements en proie aux maladies contagieuses ou épidémiques.

Statistique de la mortalité des nourrissons. En exécution de la loi Roussel et conformément à l'article 38 du règlement qui s'y rapporte (voy. NOURRISSONS, 1877), des circulaires ont été adressées par les préfets aux médecins de leur ressort, avec des bulletins inclus pour « qu'à chaque décès d'enfant de un jour à deux ans, légitime ou illégitime, élevé ou non dans sa famille, ils aient à remplir ce bulletin et à l'envoyer au maire de la commune. » C'est là une nouvelle charge professionnelle, dont l'autorité ne semble pas avoir mesuré toute l'étendue, la délicatesse et la responsabilité. Comment le médecin qui voit en passant ou dans son cabinet un enfant malade peut-il connaître son état civil, la nature même de sa maladie et savoir s'il en mourra? Combien de jeunes enfants succombent sans qu'un médecin soit appelé! Ces renseignements précis ne peuvent être exigés que des médecins inspecteurs des nourrissons. Pourquoi donc avoir étendu cette charge gratuite à tous les médecins et à tous les enfants élevés dans leur famille, sinon par la mère? Il y a là une confusion regrettable, qui nuira essentiellement à la régularité de la statistique. Dès que les enfants placés en nourrice sont soumis à l'inspection de médecins commis officiellement à cet effet, la charge de connaître leur état civil et la cause de leur mort leur incombe de droit, et ils ont au besoin à s'en inquiéter près du médecin traitant. En rendre celui-ci responsable, c'est attenter indûment à sa liberté professionnelle.

SUEUR. Les recherches physiologiques modernes ont démontré qu'elle est placée sous l'influence du système nerveux, non seulement comme phénomène normal, mais comme résultat thérapeutique. Marmié a fixé le centre de cette fonction dans la moelle allongée, parce que l'huile camphrée ou une solution d'acétate d'ammoniaque injectée sous la peau amenait une perspiration des quatre pattes des animaux en expérience, tandis que, en divisant le nerf sciatique de l'une de ces pattes, la sueur cessait de se manifester sur celle-là, en persistant sur les autres. La section de la moelle à sa partie inférieure arrêtait également la transpiration au-dessous.

De récentes expériences, instituées par Nawrocki, viennent de confirmer cette prévision, en montrant que l'action de certains agents diaphorétiques s'exerce sur ce centre médullaire. Tels sont l'acétate d'ammoniaque, le sulfate de physostigmine, la nicotine et la picrotoxine. Leur injection ne provoque aucune transpiration, dès que la moelle est divisée au-dessous de la protubérance, malgré l'entretien de la vie de l'animal par la respiration artificielle. 4 milligrammes de physostigmine injectés à un animal curarisé, dont la moelle avait été divisée ainsi que le sciatique gauche, laissèrent les pieds secs, tandis que ce nerf étant faradisé, la patte correspondante se couvrit aussitôt d'une sueur abondante. En divisant seulement le sciatique sur un autre animal, la même injection causa une abondante sueur des trois autres pattes, sans que la gauche en éprouvât aucun effet sensible.

Leuchsinger, vétérinaire à Zurich, avait contredit ce résultat en provoquant quelquefois une légère sécrétion sudorale avec la nicotine, malgré la division du nerf. Nawrocki a constaté en effet qu'une légère sécrétion suit les violentes convulsions provoquées immédiatement par la nicotine, après la section de la moelle au-dessous de la protubérance; mais les convulsions consécutives n'en produisent pas, et, quand le sciatique seul est divisé, l'action sudorale est nulle sur la patte correspondante.

La picrotoxine, qui est un puissant diaphorétique, a donné des résultats identiques. La division de la moelle au niveau de la huitième vertèbre dorsale a donné lieu à la transpiration des pattes de devant, nulle à celle de

derrière, et la faradisation d'un sciatique a rétabli la perspiration dans la patte correspondante, tandis que l'autre restait sèche, malgré de violentes convulsions qui rendaient les pattes de devant couvertes de sueur. La division de la moelle au niveau de la première ou de la troisième vertèbre cervicale arrêta au contraire toute sécrétion sudorale, malgré une salivation et une lacrymation abondantes. Comme contre-épreuve, on remplaça la picrotoxine par la pilocarpine, et une abondante sécrétion des quatre membres eut lieu en quatre minutes. (*Centralblatt für die med. Wiss.*, et *Lancet,* 3 mai.)

La sueur peut aussi être provoquée par action réflexe. L'injection sous-cutanée d'une solution d'hydrochlorate de pilocarpine chez l'homme détermine non seulement une abondante salivation, mais une transpiration abondante, à la tête d'abord, s'étendant ensuite à tout le corps pendant une heure environ et deux à trois si l'opéré est au lit; preuve pour Leuchsinger que la pilocarpine est un stimulant direct des centres nerveux. Il l'a confirmé en injectant la pilocarpine dans les veines d'un chat, après avoir lié l'aorte abdominale. Quoique ne pouvant agir directement, en raison de cet obstacle, sur les glandes des extrémités postérieures, elles furent cependant baignées de sueur.

La pratique du docteur Strauss chez l'homme a confirmé ces résultats. Il injecte 2 centigrammes de chlorhydrate de pilocarpine en solution. Le point piqué devient rouge, et la rougeur s'étend circulairement sous forme d'ampoule. En deux à trois minutes, des perles fines de sueur apparaissent autour de la piqûre, et graduellement ainsi dans tous les sens, tout en ne se généralisant qu'après dix minutes environ.

Un effet diamétralement opposé se produit par le sulfate neutre d'atropine, comme M. Vulpian l'avait déjà démontré. L'injection sous la peau de l'homme d'un dixième à un centième de milligramme suffit à arrêter la sueur localement. Un millième de milligramme suffit même, d'après M. Strauss, pour sécher la peau dans une petite étendue d'une manière très appréciable.

La peau de l'homme en sudation est ainsi un réactif des plus sensibles pour l'atropine. L'arrêt de sécrétion devient complet sur toutes les glandes sudoripares de la surface du

corps, par une injection sous-cutanée de 1 milligramme de sulfate neutre d'atropine.

Cet antagonisme manifeste entre les principes actifs du jaborandi et de la belladone est démontré directement par M. Strauss chez l'homme, en injectant, sous la peau d'un malade de son service, 3 centigrammes de chlorhydrate de pilocarpine. Aussitôt après l'apparition des sueurs sur toute la surface du corps, il a fait, au voisinage de la première piqûre ou bien par la même piqûre, une injection de 6 milligrammes de sulfate neutre d'atropine. Au bout de quelques instants, les sueurs s'étaient arrêtées.

Il se produit également sur les animaux. 3 milligrammes de sulfate neutre d'atropine ont suffi chez le chat à contrebalancer l'action de 2 centigrammes de pilocarpine.

La sudation provoquée par l'injection de 1 centigramme de pilocarpine est arrêtée en dix minutes par l'injection de 3 milligrammes d'atropine. (*Soc. de biologie.*) Et cependant, si ce centigramme de pilocarpine est injecté sur une patte, tandis que les autres sont sous l'influence de l'atropine, la première seule sera inondée de sueur, et les autres resteront sèches, parce que le centre médullaire de la transpiration est le même pour les pattes de devant et celles de derrière.

La transpiration est donc indépendante de la circulation. Le travail physique, l'exercice musculaire, comme les émotions, l'imagination, ne la provoquent que par l'intermédiaire du système nerveux, par une action réflexe sur la peau.

Mais le rôle des centres nerveux est encore si embrouillé que les expérimentateurs varient d'opinion sur ce siège. Adamkiewicz le place à la surface du cerveau, tandis que M. Vulpian, ayant constaté que les fibres sudorales peuvent passer du grand sympathique au sciatique, aussi bien que d'autres y arrivent directement de la septième paire lombaire et de la première sacrée, assimile l'innervation des glandes sudorales à celle des glandes salivaires qui sont innervées à la fois par la corde du tympan et les fibres de la portion cervicale du grand sympathique. (Voy. NERFS, 1874.)

Sueurs de l'âge critique. *Sulfate d'atropine.* L'action positive de cet alcaloïde contre les sueurs morbides ou

provoquées, démontrée dans ces dernières années, a conduit le docteur Ch. Liégeois à en tenter l'usage contre l'éphidrose ou hyperhidrose de la ménopause, lorsque, par leur abondance et indépendantes de toute lésion appréciable des solides et des liquides, ces sueurs déterminent des malaises réels, affaiblissent les femmes et les empêchent de dormir ou de travailler, comme c'est si souvent le cas. Cette suppression est, il est vrai, regardée comme dangereuse, d'après cette opinion populaire attribuée à G. Franck que « la sueur de la ménopause est supplémentaire d'autres excrétions et par cela même ne doit jamais être supprimée. » Pour Paullini, cette sueur n'est pas autre chose que la menstruation déviée vers la peau. De là ces idées, ces croyances populaires que, en faisant cesser ces sueurs, elles se *jettent ailleurs*, et que les bronchites, les pleurésies ou les pneumonies, les rhumatismes, les douleurs provoquées par les refroidissements qui peuvent en résulter, sont des *sueurs rentrées*.

Ces préjugés n'ont heureusement plus guère de créance que parmi les ignorants. On sait, au contraire, que, le système nerveux présidant à la sécrétion de la sueur, d'abondantes transpirations indiquent une excitation morbide du cerveau et produisent un épuisement consécutif. Il est d'observation, d'ailleurs, qu'une transpiration abondante et longtemps continuée augmente la disposition à suer. La sueur est ainsi d'autant plus abondante qu'elle est plus fréquente, et, en augmentant de quantité, elle entraîne et élimine d'autant plus de matériaux solides du corps. De 15 à 20 grammes à l'état normal, les parties solides éliminées peuvent s'élever de 25 à 40 et plus par jour, d'où résulte un affaiblissement considérable.

Si l'on réfléchit qu'il y a, d'après Sappey, environ trois millions de pelotons sudoripares, que de filets nerveux sont usagés à la sécrétion sudorale ! que de forces vives dépensées par l'organisme pour la sécrétion même normale de la sueur ! quel épuisement nerveux plus considérable, même avec une sécrétion plus abondante, que dans l'hyperhidrose ! Voilà ce qui tue l'organisme, le jette dans une débilitation profonde et en use tous les ressorts. Toute la vie nerveuse, en quelque sorte concentrée sur l'appareil sudoripare, ne préside plus qu'incomplètement

au fonctionnement des autres parties de l'économie ; la vie organique et la vie de relation s'épuisent ; les femmes souffrent alors dans tous les points du corps.

Diminuer ou supprimer ces sueurs, maintenant que l'on a un moyen simple, sûr et facile de les faire cesser, ne peut donc qu'être avantageux. L'innocuité en est d'autant plus grande que l'atropine a le double pouvoir de diminuer la sueur et d'activer la sécrétion rénale. En soumettant les phthisiques à l'atropine dans son service clinique en 1875, M. Bernheim faisait remarquer, au lit des malades, que, en supprimant les sueurs, la quantité d'urine était notablement augmentée dans les vingt-quatre heures. Il est facile d'ailleurs de suivre le conseil judicieux de J. Franck à ce sujet. C'est d'exciter les autres évacuations et surtout la sécrétion de l'urine, en administrant simultanément des diurétiques et des purgatifs avec l'atropine. En combattant les sueurs des rhumatisants par les lotions vinaigrées sur la peau, M. Péter administre aussi la scille et le calomel pour y suppléer.

Il n'y a pas à craindre que l'excès dans la diurèse pour compenser la diminution de la sécrétion sudorale amène le même épuisement nerveux que l'hyperhidrose, dont la clinique offre des exemples. La physiologie montre, en effet, que l'influence du système nerveux sur la sécrétion urinaire se réduit à une action vaso-motrice modifiant l'afflux et la pression du sang dans les capillaires des glomérules et de la masse rénale. Il n'y a donc ici ni cette activité glandulaire énorme, ni cette intervention puissante et constante du système nerveux sur l'élément épithélial, ni l'épuisement qui succède forcément à son fonctionnement exagéré. En supprimant les sueurs, on ouvre un nouvel émonctoire, celui des reins, et la rétrocession, si elle a lieu, ne saurait nuire.

C'est fondé sur ces considérations que le savant praticien des Vosges a administré l'atropine à sept femmes sur le retour, dont il relate l'observation. Chez trois, âgées de quarante-huit à cinquante-trois ans, la ménopause était définitivement constituée ; les quatre autres, âgées de trente-six à quarante-neuf ans, étaient encore menstruées, mais d'une manière irrégulière, en retard ou en avance, et toujours avec douleur et divers accidents datant depuis un

temps plus ou moins considérable. Des sueurs profuses, paraissant surtout la nuit, soit en se mettant au lit, soit vers le matin, et durant depuis quelques semaines, des mois, sinon des années, en étaient le principal, car, en mouillant le linge et jusqu'au sommier, ces sueurs empêchaient le sommeil, en plaçant ces pauvres femmes pendant des heures, sinon des nuits entières, dans un véritable bain de vapeur. Elles en étaient ainsi incommodées, fatiguées, épuisées et demandaient à être soulagées.

Au lieu d'administrer le sulfate d'atropine en injections hypodermiques, comme les Anglais, M. Liégeois l'a donné sous forme pilulaire, à l'exemple de M. Vulpian et de M. Bernheim ; dix pilules de un milligramme de sulfate d'atropine, seul ou mélangé à l'extrait mou de gentiane, étaient formulées, à prendre une en se couchant et une en se levant. Quand les sueurs paraissaient régulièrement à la même heure, elle devait être administrée une heure avant, suivant le principe formulé dans la thèse de Royet. Pour agir sûrement, l'atropine doit être prise quelques heures avant le moment présumé des sueurs.

Dans tous les cas, les sueurs ont diminué dès la première nuit, pour cesser bientôt, en même temps que les femmes urinaient plus abondamment. Les seuls inconvénients notés sous l'influence du traitement étaient de la sécheresse de la bouche et de la gorge, de légers éblouissements. Le retour du sommeil, de l'appétit et des forces, les compensaient au delà.

Outre les diurétiques et les purgatifs employés simultanément, les pilules de Clin, à 1/2 centigramme, étaient continuées cinq à dix jours après la cessation des sueurs, pour en prévenir plus sûrement la récidive. Le quinquina fut même ordonné ensuite, et c'est grâce à ces précautions que ce traitement a réussi complètement dans tous les cas. C'est en faisant perdre à la peau l'habitude de cette élimination morbide, qu'elle disparaît pour toujours. (*Revue méd. de l'Est*, nº 15, août.)

SYPHILIS. Le traumatisme, qu'il soit accidentel ou artificiel, léger ou profond, étendu ou limité, est souvent la plus sûre pierre de touche pour déceler les manifestations évidentes, locales ou générales, d'une infection récente ou

ancienne, latente ou obscure. M. Verneuil en fournit plusieurs exemples, recueillis par des médecins de province. Une amputation de jambe, pratiquée par complaisance pour un pied-bot varus, chez une domestique de vingt-sept ans, provoqua ainsi l'apparition d'un exanthème syphilitique et des ulcérations spécifiques de la plaie, qui démontrèrent une syphilis latente. Elle se manifeste parfois localement, en retardant la consolidation d'une fracture, et c'est en irritant la pseudarthrose, pour la consolider, que les phénomènes généraux apparaissent. Une ancienne plaie mal guérie, celle d'un rétrécissement du rectum surtout, devient ainsi un véritable syphilome, comme deux exemples en sont relatés. Souvent même, la syphilis ne peut se deviner que par les indurations spécifiques qui se manifestent.

La moindre apparence, le plus petit soupçon doit faire surseoir à toute opération, même la cautérisation d'un simple onyxis syphilitique, pour ne pas compromettre la vie des malades, comme un cas mortel en offre l'exemple. (*Revue mens.*, mai.)

De là l'indication, pour les chirurgiens, de n'opérer jamais qu'après une enquête minutieuse à ce sujet, surtout quand il n'y a pas urgence. Car, si le traumatisme peut servir à déceler une infection latente, celle-ci peut à son tour le compliquer, l'aggraver et en compromettre les suites.

Fréquence. Elle est telle en Russie, d'après le docteur Podolinsky, qu'elle est le fléau principal des populations rurales, notamment dans le midi. Les gouvernements de Kiew, Pultawa, Tchernigow en souffrent le plus. Le tiers des habitants de certains villages en est contaminé. A Jaroslawka, par exemple, sur 120 familles, 30 sont syphilitiques, 64 seulement en sont exemptes. De là la dégénérescence de la population et une mortalité énorme. Pas un membre d'une famille syphilitique de ce village ne dépasse soixante ans. En vingt-sept ans, il y a eu 124 décès ou 4,15 dans les 30 familles contaminées, tandis que les 64 autres n'ont donné que 176 décès ou 2,75 par famille. C'est donc une différence de 150 à 100.

L'hérédité et le mariage sont les deux principales causes

de cette propagation déplorable. La plantation des betteraves dans le midi et les fabriques de sucre dans le gouvernement de Kiew en sont une troisième. Juifs pour la plupart, les fabricants de sucre, ne trouvant pas facilement des ouvriers nécessaires à leur industrie, ont imaginé de parcourir les villages au printemps, montés sur des chars décorés, traînés par quatre chevaux magnifiques, et accompagnés de beaux musiciens chargés d'embaucher ouvriers et ouvrières pour la saison, en leur offrant des salaires et des plaisirs. Ils réunissent ainsi l'orgie au travail, en offrant de l'eau-de-vie et de la musique plusieurs fois par jour et en logeant garçons et filles dans une abominable promiscuité. Toutes les occasions de la débauche et de l'immoralité, de la perversion se trouvent réunies là, et c'est ainsi qu'après une saison passée aux betteraves, dans ce milieu dépravé, M. Podolinsky a vu revenir au village de Lipianka 50 jeunes filles malades de la syphilis. (*Assoc. française.*)

Dents syphilitiques. (Voy. DENTS.)

Pathogénie. Voici l'exposé qu'en a fait le docteur Taylor, au dernier Congrès de l'Association dermatologique américaine, tenu à New-York, au mois d'août.

La syphilis est une maladie primitive du tissu connectif et non des lymphatiques ni des vaisseaux, quoique le sang puisse être modifié et le véhicule de la contagion. Les sécrétions des lésions syphilitiques consistent dans un fluide séreux contenant de nombreux granules ou molécules brillants, masses protoplasmiques ou germes, ayant toutes les propriétés contagieuses de la syphilis. Ces corps microscopiques entrent probablement dans la circulation par les lymphatiques et sont charriés ainsi dans tout l'organisme. Le fait que le sérum seul ne contient pas le poison syphilitique prouve que ces corpuscules sont la matière contagieuse.

Dans la période secondaire, ces cellules sont très nombreuses, et la surface cutanée peut être couverte de papules et de tubercules qui en sont composés. A mesure que la maladie décroît, ces lésions diminuent, se localisent et se limitent à quelques tumeurs gommeuses. Le sang est moins

contagieux et cesse même de l'être, en ne charriant plus ces molécules. Elles n'ont plus de tendance à la prolifération, qui est leur principal caractère au début. De là l'innocuité du sang et des sécrétions dans la syphilis tertiaire.

L'auteur explique les périodes latentes qui s'observent parfois par l'absorption même de ces cellules. Si quelques-unes subsistent, il suffit d'une simple excitation pour leur rendre une nouvelle activité, et dès lors ces exacerbations se manifestent par la prolifération de celles qui persistent. Mais ces récidives sont de moins en moins actives et prolongées, et c'est en se détruisant ainsi graduellement que la maladie guérit. (*Boston med. and surg. journ.*)

L'entité du virus est ainsi réduite à une molécule contagieuse, sans qu'il soit mention de l'action du mercure pour la détruire et l'annihiler. Singulière théorie.

Leçons sur la syphilis, faites à l'hôpital de Lourcine, par V. Cornil. 1 vol. in-8°. Paris.

L'anatomie pathologique du chancre et de l'adénite syphilitique, de la plaque muqueuse, des syphilides surtout, étudiée au microscope et figurée histologiquement par des planches, est ce qui distingue cet ouvrage.

Iodoforme. Il est très usité en Angleterre, surtout en applications externes, en raison de son action plus rapide que le mercure. Le docteur Berkeley-Hill l'emploie exclusivement sur les ulcères vénériens en solution éthérée contenant une partie d'iodoforme pour six ou huit d'éther. Il en touche la surface des chancres avec un pinceau et les recouvre simplement de linge sec. On renouvelle le pansement deux fois par jour, quand la suppuration est très abondante. La condition essentielle est que la plaie ne soit pas enflammée.

Les effets sont la disparition rapide de la douleur et la cicatrisation en huit à dix jours, ce qui diminue les chances d'inoculation consécutive et celles du bubon.

Wyndham Cottle emploie au contraire le chloroforme ou l'huile chaude comme son excipient, ou bien il l'associe à des poudres inertes, comme la magnésie, l'argile ou le tan. Il l'a vu réussir, sous cette forme, deux fois plus vite que les autres moyens ordinaires, contre le chancre mou ou

induré. Les ulcérations syphilitiques, phagédéniques, les ulcères chroniques en sont aussi très efficacement modifiés.

Donné à l'intérieur par Berkeley-Hill, il a agi plus rapidement que les iodures et a été plus facilement toléré. Associé à l'extrait de gentiane, il est donné en pilules à la dose de 9 centigrammes, dont le nombre est depuis 3 par jour jusqu'à 8 ou 10 graduellement. Des ulcérations de la langue, en crevasses profondes, rebelles au mercure, aux iodures, à l'arsenic, en ont été modifiées très avantageusement dans trois cas. Des gommes ulcérées des testicules et de la peau, des douleurs ostéocopes ont aussi disparu avec l'usage de ces pilules. (*Bristish med. journal*, 1878.)

Syphilis cérébrale. *Somnolence prolongée.* Sans être pathognomonique de la syphilis cérébrale, puisque cette forme de stupeur peut se rencontrer chez des personnes âgées, à la suite de l'apoplexie, c'en est un signe important, suivant le docteur Buzzard, quand il s'observe chez des individus encore jeunes, avec d'autres symptômes cérébraux, comme l'hémiplégie, et ayant des antécédents syphilitiques. Il en rapporte plusieurs exemples à l'appui, notamment celui d'un homme de quarante et un ans, qui, après deux mois d'usage de l'iodure de potassium (1 gr. 1/2 par jour), fut atteint subitement, après un mal de tête, d'hémiplégie incomplète droite, sans perte de connaissance. Amené à l'hôpital, il avait une légère déviation de la bouche, à gauche, avec paralysie du muscle droit externe et céphalalgie persistante. L'intelligence était affaiblie, troublée, et il dormait constamment, au point d'aller se coucher dans le lit de ses voisins. Il comprenait les questions et ne répondait que difficilement. Dix jours après son entrée, il eut soudainement une nouvelle attaque avec perte momentanée de connaissance. C'est alors qu'on substitua à l'iodure un grain, deux fois par jour, de *blue pill.* La stupeur augmenta au lieu de diminuer, et, huit jours après, le pouls était faible et mou, les extrémités froides, la respiration lente et stertoreuse. Conscient, il ne pouvait rien faire et refusait à manger. Urines et selles involontaires. Le danger était donc imminent.

On eut alors recours aux frictions mercurielles, lorsqu'une dyssenterie eut lieu quelques jours après, et presque

simultanément l'esprit s'éclaira, et cet homme put se lever, marcher, en recouvrant l'usage des membres du côté droit. En dix jours, il retrouva une santé complète.

Ces accidents tenaient, selon M. Buzzard, à un épaississement — *thickening* — des parois de quelques artères cérébrales d'origine syphilitique. Un ramollissement des parties environnantes s'ensuivit et détermina deux accès soudains de paralysie, ce qui exclut l'idée d'une compression par une tumeur gommeuse. L'absence de névrite optique par l'ophthalmoscope exclut également l'existence d'une tumeur.

La marche de ces accidents et leur terminaison, sous l'influence du traitement, firent admettre à l'auteur que l'iodure de potassium est sans action sur cette sclérose hypertrophique des parois artérielles d'origine syphilitique. De là la persistance des troubles locaux de la circulation cérébrale, tant que son usage a continué. L'usage des frictions mercurielles les a fait cesser rapidement, au contraire, comme il est autorisé à l'inférer d'une thrombose de l'artère brachiale survenue chez une fille syphilitique de dix-huit ans, rendue évidente par le sphygmographe et guérie de la même manière. (*Lancet*, juin, n° 23.)

Frictions mercurielles et iodure de potassium. Les effets rapides de cette médication résultent des quatre observations suivantes, communiquées, par le professeur Bernheim, à la Société de médecine de Nancy, le 12 mars.

I. Hémiplégie intermittente droite, chez un jeune homme, moins d'un an après le chancre initial. Disparition rapide. Une récidive à gauche a lieu neuf mois après, avec paralysie faciale, difficulté de parler et d'avaler surtout, sous l'influence des émotions, de la colère et des contrariétés. Un nouveau traitement dissipa cette récidive, et, pour en prévenir le retour, six frictions, faites en quinze jours avec 3 grammes d'iodure de potassium par jour, sont prescrites au malade tous les trois mois pendant un an au moins.

II. Paralysie du nerf moteur oculaire commun gauche, avec douleur au niveau du pariétal, incertitude dans la marche, titubation vertigineuse et entraînement latéral à gauche, chez un jeune coiffeur ayant eu un chancre en 1871, avec plaques muqueuses et ulcérations de la gorge.

Six semaines de traitement à domicile avaient mis fin à ces accidents, sauf un peu de strabisme et de dilatation pupillaire.

III. Hémiplégie gauche, à l'entrée d'une femme de cinquante-sept ans à l'hôpital. Une dépression, comme une pièce de deux francs, existait à l'angle fronto-pariétal gauche, douloureuse, datant de cinq ans, et ayant coïncidé avec des attaques convulsives de ce côté, des hallucinations et du délire ayant nécessité un séjour de neuf mois à Mareville, et laissé une faiblesse de l'intelligence. Une collection fluctuante est décelée et ouverte; il s'écoule un peu de sang, et le stylet arrive sur l'os dénudé rugueux. Délire agité, avec hallucinations la nuit. Quoique tout antécédent syphilitique soit nié, on prescrit 4 à 6 grammes d'iodure de potassium et des frictions mercurielles. Dès la quatrième, la douleur de tête avait diminué et le bras commençait à remuer. Guérison complète après dix-huit frictions.

IV. Un homme de trente et un ans entre à l'hôpital, le 22 novembre 1878, l'air triste, hébêté, la démarche incertaine, avec mutisme et sensibilité obtuse. Mouvement de recul remarquable en marchant. Il faut lui ingurgiter les aliments. La céphalalgie existait depuis quinze jours, avec délire nocturne. On constate des syphilides, des plaques muqueuses. 5 grammes d'onguent mercuriel en friction et 2 gr. 50 d'iodure par jour. Dès le troisième, le malade parle, boit seul et répond aux questions. Dès le cinquième, il marche d'un pas incertain, sans recul. Après vingt-trois frictions, le malade quitte l'hôpital, le 11 janvier, n'éprouvant plus aucun symptôme.

Ce sont là de véritables miracles ; malheureusement, les récidives sont toujours à craindre, et ce n'est qu'en revenant sur ce traitement à des intervalles intermittents, comme dans le premier cas, qu'il est possible de les prévenir. (*Revue méd. de l'Est*, mai.)

Un danger de l'administration prolongée et à haute dose de cet agent est sa propriété hémorrhagipare. M. Hallopeau a observé un cas d'hémorrhagie cérébrale qu'il rapporte à l'usage interne de l'iodure de potassium à la dose de 6 à 8 grammes pendant très longtemps. (*Soc. de biol.*, janvier.) Ne pourrait-on pas y substituer l'iodoforme, au moins par

intervalles, car le docteur Lanzansky a vu, chez de nombreux syphilitiques, le traitement par l'iodoforme être avantageux et d'une moindre durée que celui de l'iodure de potassium? Il est important, à l'occasion, de pouvoir le remplacer par un succédané inoffensif et efficace. (*Union méd.*, n° 32.)

La syphilis du cerveau, par le professeur A. Fournier. Un vol. in-8°. Paris.

Résumé précis et méthodique des connaissances actuelles et toutes récentes de l'école française contemporaine. L'historique en est ainsi très court dans l'antiquité et jusqu'à ces dernières années. Mais les nouvelles acquisitions sont très précises et exactes, et c'est en les résumant d'une façon magistrale qu'il a fait un livre neuf, original et des plus intéressants.

L'hyperplasie conjonctive est ainsi le type uniforme du début de tous les néoplasmes de la syphilis tertiaire, et les accidents qu'elle provoque sont les mêmes partout, dans les viscères comme dans les os et sur la peau. Constituée par des éléments nucléaires, elle varie seulement suivant les propriétés différentes de ceux-ci. Viables, leurs métamorphoses seront progressives; ils deviendront fusiformes, puis formeront des plaques scléreuses étendues, ou des néoplasmes limités; les autres, mort-nés, subissent une régression presque immédiate, et la tumeur qu'ils forment est aussitôt frappée de dégénérescence granulo-graisseuse. C'est le mécanisme des hyperplasies et des gommes.

Aucun tissu n'est absolument à l'abri de ces néoplasmes. Ils ont sans doute des élections préférées de siège et de domicile ; mais le tissu nerveux, l'encéphale, son enveloppe et ses vaisseaux en sont envahis comme les autres. Il y a ainsi une méningite scléreuse et des gommes méningées, réunies ou isolées dans ces différents tissus. Les artères surtout sont le siège des gommes périphériques qui les entourent, à la façon du lierre autour d'un tronc d'arbre.

C'est en vertu de ces règles, de ces lois, des lésions de la syphilis cérébrale, établies sur des faits précis, des exemples saillants, que l'auteur en déduit et en montre logiquement les accidents. Il en réduit ainsi les caractères cliniques à six formes, qu'il caractérise de la manière suivante :

Forme céphalalgique. Douleur de tête profonde, intense, exacerbante la nuit et amenant parfois du délire par sa persistance et sa ténacité. Elle est gravative, constrictive ou pénétrante comme des coups de marteau. C'est un premier avertissement.

Forme congestive. Étourdissements, vertiges, troubles moteurs, psychiques ou sensoriaux, dont le caractère spécifique est d'être croissants. A une obnubilation fugace succède ainsi l'amblyopie; de chancelante, la marche devient comme ébrieuse; l'inertie intestinale se change en une constipation opiniâtre, etc.

Elle prélude aux accidents épileptiques ou paralytiques incomplets, passagers, avec ictus apoplectique ou coma subit, comme pernicieux. Il ne faut donc pas la confondre avec la congestion cérébrale vulgaire.

Forme épileptique. Extrêmement fréquente au début, avant ou après les symptômes précédents. Parfois c'est l'accident ultime qui précède la mort. Irréguliers d'abord, les accès se rapprochent ensuite et se compliquent, de manière à se distinguer de l'épilepsie ordinaire. L'âge, les antécédents et la forme de l'attaque, sans cri de début, sans perte complète de conscience, achèvent d'en montrer le caractère spécifique.

Forme aphasique. Précoce ou tardive comme la précédente, elle est beaucoup plus rare, mais rien ne la distingue de l'aphasie ordinaire que ses irrégularités.

Forme mentale. L'intelligence est souvent atteinte dans la syphilis. Les troubles en sont très variés et se manifestent souvent par une excitation incohérente et de l'agitation. Il n'y a jamais trémulation de la langue ni des lèvres, ni délire des grandeurs, et la paralysie qui l'accompagne est toujours complète.

Forme paralytique. Consécutive ordinairement à l'une ou l'autre des deux précédentes, elle apparaît tardivement le plus souvent. La paralysie isolée des nerfs crâniens est la plus fréquente. Les autres sont moins franches et régulières que les paralysies non spécifiques. Ce n'est souvent

que de la parésie, variant selon les groupes musculaires. La sensibilité reste intacte, et il y a même hyperesthésie dans quelques cas.

Dans toutes ces manifestations, et une fois que l'origine du mal est acquise, il faut agir sans hésitation et avec fermeté. 3 à 4 grammes par jour d'iodure de potassium à l'intérieur, 5 grammes d'onguent napolitain en frictions, l'hydrothérapie, les révulsifs cutanés, les purgatifs, pourront aussi être utiles contre certains symptômes.

La syphilis cérébrale emprunte souvent une gravité exceptionnelle chez les individus prédisposés, les *cérébraux*. L'auteur n'a pas abordé cette question, pour savoir si la prédisposition, l'hérédité ont une influence sur ces manifestations et sur le traitement.

Syphilis héréditaire. *Perforations crâniennes spontanées des jeunes enfants*. Attribuées à la scrofule et au rachitisme par les premiers observateurs, ces lésions sont rapportées aujourd'hui à la syphilis par M. Parrot. Sur 271 crânes examinés d'enfants syphilitiques âgés de un mois à cinq ans, 135 étaient malades, tandis que 136 ne l'étaient pas, quoique l'âge fût à peu près le même dans les deux cas.

Les lésions étaient des usures seules sur 78, et avec perforation sur 57. 87 fois elles étaient symétriques, dont 55 cas d'usure et 32 de perforation, avec une grande prédominance à droite quand elles n'existaient que d'un seul côté. Aucune lésion ne se rencontra sur les crânes de quatre avortons et de treize nouveau-nés de un jour à un mois. On ne les observe que très rarement avant deux mois révolus. Une seule perforation s'est rencontrée au-dessus de quatre ans. C'est donc entre ces deux âges qu'on les observe le plus souvent. La réparation se fait ensuite chez les survivants et se cache ou s'efface à l'examen.

Pourquoi conclure exclusivement à l'influence syphilitique, quand on sait que la déclivité, la pesanteur du crâne suffit à produire ces lésions, qui existent même avant la naissance, et quand surtout elles sont absentes dans plus de la moitié des cas sur des enfants placés dans des conditions identiques?

Les lésions congénitales, consistant en usures de la face interne, ont été constatées sur quatre crânes d'enfants âgés

de dix-sept jours en moyenne et dont plusieurs n'avaient que trois, quatre, cinq à six jours, la plupart avortons, morts d'atrepsie. Sous la forme de capsules et de rigoles, séparées par des crêtes à large base et arrondies au sommet, elles produisent des saillies, des soufflures, comme de petits dômes, à l'extérieur, quand il ne reste plus que la table externe, qui finit par se perforer en formant comme une fine dentelle. Leur siège d'élection est autour du bregma. C'est le caractère topographique de ces lésions.

Celles qui se développent après la naissance accusent au contraire la région postérieure ou inférieure du crâne, et les perforations y sont beaucoup plus fréquentes et accentuées.

Tout en admettant l'influence du poids et de la déclivité sur ces lésions, pendant la vie intra-utérine et après, M. Parrot croit qu'elle détermine seulement l'amincissement lisse, sans irrégularités de la surface interne du crâne ; il est aminci, comme martelé par le battage, sans rugosités, contrairement à l'usure et la perforation résultant exclusivement de la syphilis. Il a trouvé ainsi des ostéophytes circonscrites ou en nappe sur la table externe, autour du bregma, alors que des perforations existaient sur des points diamétralement opposés. (*Revue mens.*, octobre.)

Si ingénieuses que soient ces recherches anatomo-pathologiques et surtout leur interprétation, on voit que la démonstration du caractère syphilitique de ces lésions reste encore à faire.

Ostéophytes crâniennes. Elles sont, d'après les observations de M. Parrot, un signe précoce de la syphilis héréditaire chez les nouveau-nés. Un ou deux mois après la naissance, alors qu'il n'existe encore rien sur la peau ni les muqueuses, on les constate autour du bregma qui est leur siège d'élection. Leur point de départ est dans le diploé des pariétaux. Elles s'accroissent peu à peu et finissent par déformer le crâne, en lui donnant une forme typique. Ce caractère serait absolu et lui a permis de diagnostiquer la syphilis, qui s'est toujours montrée ensuite. (*Soc. méd. des hôp.*, avril.)

Quatre crânes d'enfants syphilitiques, soumis par M. Bar-

low à la Société pathologique de Londres, présentaient cette lésion des os voisins de la fontanelle antérieure. M. Hutchinson avait attribué autrefois cette intumescence frontale aux suites d'un arachnitis. Mais il croit que ces altérations, au lieu d'être l'analogue des nodus de l'adulte, sont plutôt de l'espèce des lésions crâniennes douloureuses qui marquent chez lui le début de la période secondaire, bien qu'elles n'aient jamais déterminé de douleurs lorsqu'elles s'accompagnent de suppuration et d'ulcération de l'os chez les enfants. La signification diagnostique de ces ostéophytes est donc acquise. (4 mars.)

Syphilis des gens âgés. Contrairement à l'opinion reçue et accréditée que la syphilis contractée à un âge avancé, soit après quarante-cinq ans chez la femme et cinquante-cinq chez l'homme, est plus grave qu'à l'âge adulte, Sigmund, se fondant sur 118 observations recueillies dans ces conditions, a constaté que l'incubation était plus longue, l'apparition des accidents successifs plus lente, ainsi que leur marche. L'induration du chancre infectant et l'adénite correspondante n'ont ainsi apparu qu'après un mois à six semaines, rarement avant. Les éruptions de la première période n'apparurent qu'après trois à quatre semaines et s'étendirent jusqu'à quatre et cinq mois. L'érythème circiné, les papules, les plaques muqueuses de l'anus, du scrotum, des lèvres, ne se montrèrent que trois ou quatre mois ensuite et même des années. Rarement, ces éruptions étaient tuberculeuses exsudatives.

Les éruptions secondaires n'étaient accompagnées que d'insomnies, vertiges, amaigrissement, céphalalgie, sans fièvre ni attaques épileptiformes.

Les cheveux et les ongles ne parurent jamais influencés. Il n'y a pas de production gommeuse ni trouble marqué de la nutrition, pas plus que de carie des os ni des cartilages. 40 fois sur 100 la maladie s'éteignit, sans autre manifestations que l'adénite et la roséole.

L'hygiène peut ainsi faire la base du traitement dans la plupart des cas. L'expectation est indiquée par la lenteur, le long intervalle des stades morbides. Un traitement actif n'est indiqué que dans les cas rares d'accidents secondaires ou tertiaires graves. Le traitement mercuriel ne fut ainsi

nécessaire que dans la moitié des cas. (*Wiener med. Woch.*, 1878.)

Cette bénignité relative nous semble être d'accord avec l'affaiblissement de la vitalité des gens âgés comparativement à la jeunesse.

T

TEMPÉRATURE. Une hyperpyrexie remarquable a été observée à l'infirmerie de Manchester, par le docteur Steell, sur une infirmière de vingt ans, atteinte d'érysipèle et de troubles menstruels intercurrents, dont un prolapsus de l'ovaire, engorgé et douloureux, était l'origine. Du 24 janvier au 23 mars suivant, la température, notée chaque jour, soir et matin, a varié de 98 à 113 degrés Fahr., soit 37 à 45° C., en se tenant ordinairement le plus souvent de 105 à 108, soit 40°,5 à 42°,2 C. Les accès étaient caractérisés par des convulsions extrêmes, accompagnées d'opisthotonos, perte de connaissance, lividité, simulant la forme traumatique du trismus. N'est-ce pas — à distance — un exemple de cette hystéro-épilepsie si méthodiquement tracée par M. Charcot et justiciable des plaques métalliques? Quoi qu'il en soit, ces graves symptômes diminuèrent d'intensité avec la fréquence des accès, et, depuis le 12 avril, cette femme a rempli les fonctions d'infirmière dans un asile de convalescents. (*Lancet*, août, n° 8.)

Abaissement dans les lésions de la moelle cervicale. Tandis que la température s'élève généralement, et parfois à des hauteurs considérables, soit 43,4, comme M. Nieden en a observé un cas, c'est un abaissement encore plus marqué qui a eu lieu chez un cocher de soixante ans qui s'était luxé la colonne vertébrale, au-dessous de la septième vertèbre cervicale. Dix heures après l'accident, la température axillaire était descendue à 35°,1, et, après avoir oscillé de 35 à 37 durant les quatre à cinq jours suivants, le blessé mangeant et buvant de très bon appétit, elle s'abaissa à 32°,3 le sixième jour et tomba graduellement jusqu'à 27 le dixième, sans aucun changement notable dans l'état du malade. Il

y a donc lieu de s'assurer si ces variations ne dépendent pas du siège de la lésion médullaire et si la température ne s'abaisse pas proportionnellement à la hauteur de la lésion. (*Berl. klin. Woch.*, n° 50, 1878.)

Troubles hémi-thermiques. Le professeur Henrot, de Reims, ayant noté une hyperthermie de 2°,2 au plus sur le bras gauche que sur le bras droit, durant le cours d'une méningite tuberculeuse (*V. ce mot*), se demande s'il n'y aurait pas des centres thermiques dans le cerveau, comme il y a des centres moteurs. C'est bien risqué, car jusqu'ici l'hyperthermie locale s'est expliquée simplement par une hyperémie locale, une congestion. L'élévation de température au front pendant l'activité cérébrale a été ainsi notée par M. Broca (V. CERVEAU, 1877). L'hyperthermie des points affectés de la poitrine a été de même rapportée à cette cause directe par MM. Peter et Vidal. (V. *année* 1878.)

L'hyperthermie à distance, celle des jours en particulier, a été attribuée à une action réflexe, et l'hypothermie, descendue à 33° dans l'aisselle du côté brûlé, observée par Billroth, peut être de la même cause. La stase capillaire peut d'ailleurs l'expliquer, dans certains cas.

Influence sur les opérations. Au lieu d'attribuer les suites funestes de certaines opérations aux saisons, comme les anciens chirurgiens, M. Trélat les rapporte à la température, en se fondant sur plusieurs cas de septicémie suraiguë observés, dans le mois de juin, pendant des journées de chaleur rendue accablante par l'état orageux de l'atmosphère.

Telle fut une multipare accouchée très normalement et qui succomba le quatrième jour, sans autre cause appréciable.

De même après une opération régulière de double cataracte. L'opéré, incommodé par une chaleur très intense pendant la première nuit, fut très agité et eut, en peu de jours, une fonte purulente de l'œil.

Une amputée du sein, ayant été très incommodée par une température orageuse la quatrième nuit, présenta un mauvais aspect de la plaie dès le lendemain et mourut quatre jours plus tard.

Une simple rectotomie linéaire, faite au thermo-cautère,

dans d'excellentes conditions, sans l'écoulement d'une seule goutte de sang, fut suivie d'agitation et de diarrhée dans les mêmes circonstances, et suivie de mort le quatrième jour.

Une périnéorrhaphie retardée de trois mois après l'accouchement, faite un jour de chaleur excessive, fut de même suivie d'accidents fébriles dès le soir même, et de mort le quatrième jour.

En se produisant à la même époque de l'année et dans les mêmes conditions atmosphériques, ces faits semblent s'accorder avec les résultats différents obtenus par M. Davaine dans l'inoculation du sang septicémique en été et en hiver sur le cobaye. (V. SEPTICÉMIE.) C'est encore ainsi que, d'après M. Cauchon, plus de cent hémorrhagies secondaires se produisirent dans les hôpitaux de Paris, pendant un jour de chaleur excessive du mois de juin. L'influence de la chaleur n'est pas moins délétère dans les Maternités.

Bain antiseptique local. En prévenant l'élévation de la température après le traumatisme accidentel et chirurgical, comme l'a constaté M. Verneuil dans une série de cas, l'usage de ce bain local, lorsqu'il est applicable, est indiqué contre ces accidents. (*V. ce mot.*)

Température locale. *Galvanomètre.* Un certain nombre d'expériences sur les différences de température locale dans la phthisie n'ayant donné que des résultats négatifs au docteur Thaon, MM. Planat et Hugues se sont servis du galvanomètre muni d'un appareil thermo-électrique pour résoudre la question. Les conditions d'application sont ainsi partout et toujours les mêmes, sans la moindre erreur possible.

Des expériences très rigoureuses et répétées sur des phthisies et d'autres affections locales du foie, de la rate, de l'utérus et de ses annexes, de la vessie, de l'urèthre, des abcès profonds, des lésions de la hanche et même les affections localisées du cerveau, du larynx, leur ont démontré que toute inflammation, superficielle ou profonde, se traduit au galvanomètre par un point hyperthermique au siège même de la lésion, notamment dans la tuberculose. (*Nice méd.*) V. PHTHISIE.

M. Dujardin Beaumetz a constaté la même différence dans un anévrysme de l'aorte. (*V. ce mot*).

M. Peter l'a constatée dans les maladies de l'abdomen,

comme dans celles du thorax. (V. *année* 1878.) Dans une péritonite simple par rayonnement d'une gastrite scléreuse, la température locale de la paroi abdominale était surélevée de 0°,8, alors que celle de l'aisselle était abaissée de 0°,5, par suite de l'inanition ; la surélévation locale était ainsi de 1°,3.

Dans une péritonite chronique tuberculeuse, la surélévation locale varia de un à deux degrés et s'élevait encore à 36°,5 au moment de la mort, alors que celle de l'aisselle n'était plus qu'à 34°,5. Le foyer morbide thermogène est ainsi bien marqué.

Dans un autre cas diagnostiqué tympanite chronique et qui était une péritonite tuberculeuse, cette surélévation ne fut que de un degré à un degré et demi sur celle de l'aisselle, en tombant même à quatre centièmes un jour.

Dans une péritonite cancéreuse, la surélévation varia de 0°,8 à 2°.

Ces différences considérables obtenues avec le thermomètre ordinaire, dont l'unique inconvénient est d'exiger cinq à six minutes d'application dans chaque endroit pour avoir la température réelle, sont donc très importantes à constater cliniquement au point de vue du diagnostic. Tandis que l'ascite n'élève pas la température de la paroi abdominale, qui reste uniformément à 35°,5, parce que le fait physique de la filtration du sérum à travers les parois veineuses distendues ne dégage pas de calorique par le défaut de travail, il y a toujours élévation de cette température locale dans la phlegmasie chronique du péritoine, parce qu'il y a là acte dynamique, travail, sécrétion d'une sérosité fibrineuse.

Il y a donc, en pathologie comme en mécanique, du calorique dégagé toutes les fois qu'il y a un travail accompli, et cette élévation de température locale est un moyen de le diagnostiquer, que ce soit une sécrétion morbide ou un néoplasme quelconque. Le calorique dégagé peut même en révéler la naissance et les diverses périodes d'évolution. (*Acad. de méd.*, décembre.)

Cette loi est si vraie qu'elle seule a permis de rectifier le diagnostic et de diriger le traitement chez un malade du service de M. Vulpian, à la Pitié. Des troubles digestifs considérables, avec amaigrissement, perte des forces depuis deux

mois, teinte jaune paille, vomissements fréquents de matières alimentaires et parfois noirâtres, avaient fait croire à un cancer de l'estomac, malgré l'absence d'aucune tumeur épigastrique. Un traitement anti-arthritique et le régime lacté ne firent qu'aggraver l'état. La température locale n'était que de 36°, c'est-à-dire normale. L'apparition d'un eczéma sur la main gauche et le nez ayant coïncidé avec une certaine amélioration, une éruption locale sur le mal fut provoquée avec l'huile de croton. L'amélioration augmenta, et bientôt le malade sortait guéri. C'était une dyspepsie. (*Soc. clinique* et *France méd.*)

TÉNIAS. Leur fréquence est trop méconnue, s'écrie avec sincérité le docteur E. Besnier à propos d'une grave méprise. Le scepticisme dans lequel la génération médicale actuelle a été élevée sur le défaut d'accidents produits par les vers intestinaux chez l'homme a empêché et empêche encore beaucoup d'observateurs de supposer un ténia dans les cas où il existe.

Tant que le plaignant n'en a pas rendu et montré les anneaux, le médecin n'attache aucune importance à son idée sur le ver solitaire. On ne tient guère plus compte, à ce point de vue, de la diarrhée que de la dyspepsie, de l'amaigrissement et des autres manifestations morbides accusées par la maladie. La pluralité des ténias en particulier et la fréquence du ténia inerme par suite de l'usage de la viande crue exposent ainsi à des erreurs et des méprises fréquentes. Combien de médecins n'en ont pas sur la conscience! Pour ma part, j'en avouerai au moins deux.

Si la sortie *spontanée* du ténia inerme, dans l'intervalle des garde-robes, rend son diagnostic facile, il n'en est pas de même du ténia armé, qui échappe facilement dans les selles, à moins que le médecin n'y recherche ses œufs, qui s'y rencontrent en abondance. La rareté du bothriocéphale et l'ignorance où l'on est de ses symptômes font qu'il est le plus souvent méconnu. (V. BOTHRIOCÉPHALE.)

Il faut donc, toutes les fois qu'un malade accuse de la dyspepsie, de la diarrhée persistantes, des troubles intestinaux inexplicables, des maux de tête insolites, penser aux vers intestinaux et mettre leur présence en question avant celle du cancer. (*Soc. méd. des hôp.*, juillet, et *Union méd.*, n° 97.)

Métamorphoses. Quand on croyait, il y a trente ans à peine, que les vers vésiculaires étaient des espèces parasitaires définies, il aurait paru étrange et hasardé que l'on vînt dire qu'ils n'étaient que des états transitoires, de véritables larves de vers cestoïdes qui, en passant d'un animal à l'autre et de ceux-ci à l'homme, deviennent des vers rubannés, de véritables ténias. C'est pourtant ce qui a été démontré depuis expérimentalement par les plus célèbres naturalistes, dont cette découverte est un titre de gloire. Il ne doit donc pas paraître étonnant que les progrès de l'observation n'amènent à proclamer aujourd'hui que cette migration, que l'on croyait absolument indispensable, n'est nullement nécessaire; c'est-à-dire que l'œuf ou l'ovule de ces vers, absorbé accidentellement dans les aliments ou les boissons, peut se développer complètement sur le même individu, depuis l'état vésiculaire jusqu'à l'état adulte complet.

C'est ce que M. P. Mégnin, l'habile micrographe, a constaté sur le cheval et le lapin. Il a rencontré à la fois des échinocoques et le *tænia perfoliata* à l'état adulte sur le premier, et recueilli, dans le péritoine du lapin de garenne, une série de scolex libres de leurs enveloppes, semblables à ceux renfermés dans les kystes du *Cysticercus pisiformis*, avec un développement plus avancé. Il a vu ces scolex armés de crochets qu'ils perdent en prenant la forme strobilaire, quand ils ne changent pas d'habitat, de même que le scolex de l'échinocoque du cheval, en prenant la forme du *tænia perfoliata* dans les vacuoles de son intestin.

Or des expériences maintes fois répétées démontrent, au contraire, que ces scolex de l'échinocoque, comme ceux du cysticerque pisiforme, ingurgités à des chiens, ont donné naissance, les premiers à de petits ténias armés, appelés *tænia nana*, et les seconds au *tænia serrata*. D'où la preuve que le *tænia pectinata*, inerme, du lapin, et le *tænia serrata*, armé, du chien, sont deux formes adultes du même ver, provenant du même scolex, avec cette simple différence que l'un est particulier à un carnassier, l'autre à un herbivore.

« D'où il suit qu'un très petit ténia armé, propre à un carnassier, n'ayant à l'état adulte que trois anneaux et une taille microscopique, comme le ténia nain du chien, et un

ténia inerme d'herbivore, ayant un grand nombre d'anneaux, sont deux formes parallèles et adultes du même ver. Les différences immenses et caractéristiques qu'ils présentent ont pour cause exclusive la différence des milieux dans lesquels ils se sont développés. » (Page 233.)

L'auteur infère ainsi avec assez de vraisemblance que les deux espèces de ténia armé et inerme, que l'on distingue chez l'homme et chez les animaux par les crochets qui les différencient, ne sont qu'un même ver subissant une métamorphose différente suivant leur habitat, le milieu où ils se développent et vivent, et en raison même des conditions différentes où ils sont placés. Que le scolex soit transporté dans l'intestin d'un carnivore ou d'un omnivore, où les fonctions digestives sont très actives, et il gardera ses crochets, qui ne sont avec sa tête que des organes de fixation, d'adhérence, un moyen de protéger son existence en se fixant sur place.

Il perd ses crochets au contraire si, sans quitter son premier habitat, il opère sans secousse sa dernière métamorphose dans une loge spacieuse en communication avec l'intestin, comme chez le cheval et probablement chez tous les herbivores. Cette transformation n'est pas arrêtée ainsi chez le lapin, où le scolex est contenu dans une cavité naturelle, close de toute part, le péritoine, où il vit de la sérosité qui s'y trouve. N'ayant pas à craindre d'être tracassé et expulsé ici comme dans un intestin de carnassier, la tête perd ses crochets et se rétrécit de moitié, suivant ce principe naturel : un organe inutile, ne fonctionnant pas, se rapetisse ou disparaît plus ou moins rapidement. Au contraire, son corps décuple en longueur et quintuple en largeur.

Le ténia inerme d'un herbivore, se développant tranquillement, parcourant toutes ses phases et accomplissant ses diverses métamorphoses sans perturbation ni déplacement ou changement de milieu, semble donc l'état adulte et parfait de l'espèce. Le ténia armé, en conservant sa double couronne de crochets du scolex, caractères de la larve, n'aurait éprouvé qu'une transformation imparfaite. Le *tænia echinococcus* du chien, quoique sexué et rempli d'œufs dans sa forme naine, n'est guère qu'un scolex devenu ovigère, une larve de ténia féconde et pondeuse.

Nouvelles observations sur le développement et les métamorphoses des ténias des mammifères, par Pierre Mégnin. Broch. de 24 pages in-8°, avec 3 planches et 34 fig., extraite du *Journal d'anatomie et de physiologie*, n° 2.

C'est donc en sa qualité d'omnivore que l'homme présenterait les deux variétés de ténia armé et non armé, mais sans que celui-ci provienne exclusivement, comme on l'admet, de la viande crue de bœuf ou de veau. Beaucoup de gens en mangent sans l'avoir, et tous ceux qui en rendent n'en ont pas fait usage. Il faut donc rejeter cette étiologie absolue. C'est avec l'eau et les légumes frais que l'homme avalerait les œufs ou les embryons microscopiques du ténia inerme, de même qu'il absorbe le cysticerque du ténia armé avec la viande de porc ladre.

Ainsi s'expliquerait l'apparition de la ladrerie, c'est-à-dire de cysticerques sur la peau d'individus ayant rendu précédemment un ténia, comme plusieurs faits en ont été publiés dans ces dernières années, notamment par MM. Broca, Henrot, Vallin, de même que l'existence du ténia après les kystes hydatiques du foie, comme le jeune homme opéré par M. Dolbeau et observé par M. Dumontpallier. La coïncidence d'échinocoques et même de cysticerques chez des hommes qui rendaient des ténias par l'intestin en même temps est ainsi expliquée par M. Vallin. Cette coexistence de la larve et du ver sexué peut se rencontrer chez celui qui avale des œufs ou embryons de ténia dans l'eau ou les légumes dont il fait usage et qui lui donneront des échinocoques, tandis qu'il peut recevoir, avec la viande ladre qu'il mange, des débris des mêmes échinocoques ou de cysticerques qui lui donneront directement le ténia. C'est une double source de ce parasite.

Reste à savoir si les ténias mûrs, en s'échappant, ne peuvent pas déposer leurs œufs dans le rectum, et si ces œufs, devenus embryons hexacanthes, ne peuvent, à l'aide de leurs crochets, traverser les muqueuses et aller au loin former des échinocoques ou des cysticerques dans d'autres organes. D'où l'existence du cysticerque et du ténia chez la même personne, et l'indication d'expulser promptement le ténia chez les gens qui l'ont, car le cysticerque, auquel il peut donner lieu avec ses œufs, est infiniment plus dangereux que le ténia même. (*Soc. d'hyg. professionnelle*, février.)

A l'appui de ces nouvelles doctrines, le docteur Féréol a relaté l'observation d'un homme de quarante-un ans, ayant vécu longtemps en Algérie, souffert des faits de la Commune, et mangé de la viande crue pendant un an, qui présentait, sur diverses régions du corps, une cinquantaine environ de petites tumeurs, arrondies comme une noisette ou un gros noyau de cerise, dans le tissu cellulaire sous-cutané, où elles étaient mobiles, tandis qu'elles étaient fixes dans les muscles. L'extirpation de quelques-unes a montré qu'elles contenaient un cysticerque avec sa double couronne de crochets. Et, en même temps que le malade observait le développement de ces petites nodosités indolentes, il rendait des fragments de ténia par l'anus, et la prescription du kousso lui en fit rendre une grande quantité, qu'il montre, sans que l'on puisse s'assurer, par l'absence de la tête, s'il est armé ou inerme.

C'est donc un exemple authentique de l'existence simultanée du ténia sous ses deux formes, embryon et adulte, comme le cas relaté à la Société de chirurgie par M. Broca en 1876. Il est vrai qu'il est bien difficile d'établir ici s'il y avait auto-infection, c'est-à-dire si les cysticerques appréciables du tissu cellulaire et des muscles provenaient des œufs du ténia expulsé auparavant, ou s'ils étaient indépendants et provenaient d'une source différente et nouvelle à laquelle le malade se serait exposé. Si cette coïncidence, qui n'a pas été recherchée soigneusement jusqu'ici, se constatait à l'avenir, la nouvelle doctrine de M. Mégnin serait parfaitement établie.

Mais, comme le fait remarquer M. Rendu, on confond ainsi des faits bien distincts. De nombreuses expériences ont démontré que le ténia solium du porc et le cysticerque sont deux phases bien distinctes du même animal, comme l'hydatide et le ténia chez le chien. Le ténia solium n'engendre jamais la ladrerie. Celle du malade de M. Féréol ne peut donc provenir du ténia précédemment rendu. Il a pu avoir eu un ténia de bœuf et être atteint de la ladrerie du porc. Un ténia provoquant la ladrerie ensuite serait absolument contraire à la spécificité, et M. Périer, professeur d'helminthologie au Muséum, a démontré que le cysticerque du porc n'éclôt pas et ne vit pas chez le bœuf, pas plus que le ténia du bœuf n'éclôt et ne vit chez le porc. L'homme

offre-t-il donc un terrain mixte à ces parasites, qui leur permette de s'engendrer et se développer uniformément? (*Soc. méd. des hôp.*, mai.)

Nouveaux ténicides. On dit souvent et l'on répète que l'abondance de remèdes contre une maladie en prouve l'inanité, le défaut d'action. Un spécifique n'a pas besoin, en effet, de succédanés. Et cependant le nombre des ténicides augmente tous les jours et plusieurs sont même donnés comme des spécifiques. Il ne s'agit aujourd'hui que du perfectionnement, de la simplification des plus célèbres et autorisés. Le docteur Créquy a ainsi associé le calomel à l'extrait de fougère mâle, et, tandis qu'en donnant celui-ci seul, il n'en avait obtenu aucun effet, l'addition du calomel suffit à expulser complètement le parasite chez la même personne. Est-ce simplement comme purgatif, que le calomel a agi ou comme ténicide? On voit assez souvent l'extrait de fougère mâle échouer. Il faut aussi se défier des séries heureuses ou malheureuses et ne se prononcer sur la valeur d'un remède contre le ténia qu'après des faits nombreux, observés dans des conditions identiques.

Une femme, qui souffrait depuis longtemps de l'estomac, fut prise de diarrhée; pour l'arrêter, elle alla demander un remède au pharmacien, qui lui donna une potion au ratanhia. Le lendemain, elle rendait un volumineux ténia, sans que l'administration ultérieure des ténicides en ait fait expulser d'autres fragments.

Il importe d'ailleurs de tenir compte de l'altération par le transport ou autrement de plusieurs ténicides exotiques, comme le kousso, la kamala, l'écorce de la racine de grenadier, qui viennent souvent de contrées lointaines. Le moucenna ou *Albizzia anthelmenthica*, qui jouit d'une grande réputation de ténicide en Abyssinie, n'a jamais réussi en France. Il faudrait aussi distinguer entre le ténia inerme ou armé, et savoir si le premier n'est pas plus facile à déloger que le second et si les moyens d'attaque ne doivent pas varier suivant l'espèce.

Tannate de pelletiérine. Les insuccès qu'a donnés la pelletiérine, extraite, par M. Tanret, des différentes écorces du grenadier comme leur principe ténifuge, attribués à l'insta-

bilité de cet alcaloïde, ont incité ce pharmacien laborieux à en former un sel, le tannate, qui résiste mieux aux causes de décomposition que lui offre le tube digestif. Expérimenté dans deux cas par M. Dujardin-Beaumetz, à la dose de 50 centigrammes, et 20 grammes d'huile de ricin deux heures après, il détermina l'expulsion du ténia avec la tête. (*Soc. de thérap.*, 22 janvier.)

Une troisième expérimentation en a été faite à l'hôpital Beaujon, par M. Landrieux, chez un homme qui rendait des anneaux plusieurs fois par jour. Le 19 mars, 45 centigrammes de tannate de pelletiérine sont donnés dans un julep gommeux, avec 40 grammes d'huile de ricin deux heures après. A la troisième heure, le malade rend, sans la moindre colique, 6 mètres de ténia dans une selle. La tête était dépourvue de crochets.

Ce sel n'a aucune saveur désagréable et ne provoque pas de dégoût, ni nausées, ni vomissements, aucune de ces sensations pénibles ou douloureuses de pyrosis, borborygmes, lipothymies, malaise général.

Un garçon de magasin, de trente ans, entre le 7 mars à l'hôpital Beaujon, pour être traité d'un ténia qu'il croit avoir depuis sa captivité en Allemagne. A deux reprises, depuis le 15 janvier, il a pris 50 grammes d'écorce de grenadier, qui lui ont fait rendre 5 à 6 mètres de ténia sans la tête. 50 centigrammes de sulfate de pelletiérine lui sont administrés par M. Landrieux, et 20 grammes d'huile de ricin deux heures après. Sans coliques ni mal de tête, 13 mètres de ténia sont rendus dans la journée sans la tête. On renouvelle la même dose le lendemain, avec l'huile de ricin une heure après, et, trois heures ensuite, la tête d'un ténia inerme est expulsé. (*Journal de thérap.*, n° 68.)

Un ancien soldat éprouve des troubles digestifs en juin 1875, étant à garnison à Givet, avec déjections de fragments rubannés blanchâtres. A trois reprises successives, il prend du kousso et d'autres remèdes, qui lui font rendre à chaque fois un à deux mètres de ténia. Le 11 août, il entre à l'hôpital Beaujon, pour y être traité de nouveau.

Il est mis à une diète relative le 13 août, et le 14, au matin, le docteur Millard lui administre successivement, à un quart d'heure de distance, d'abord 2 grammes de tannate de pelletiérine et ensuite 30 grammes d'huile de ricin.

Au bout d'une heure, un peu de malaise général, quelques légers étourdissements, ni nausées ni vomissements. Enfin, deux heures après l'administration de la pelletiérine, expulsion en masse d'un ténia, encore vivant et mesurant près de 7 mètres. Le ténia était complet; la tête, examinée au microscope, présentait ses quatre ventouses sans crochets.

Le malade est sorti guéri deux jours après.

M. Dujardin-Beaumetz a toujours réussi avec ce ténicide énergique, soit contre les ténias armés, soit contre les ténias inermes. Seul, le bothriocéphale s'y est montré rebelle, chez un malade de l'hôpital Saint-Antoine. Sur 22 cas, il a obtenu 22 succès. Il a présenté à l'appui un ténia complet expulsé en peu d'heures, sous son influence. Le patient fut mis à la diète lactée, la veille de l'administration de 50 centigrammes de ce sel dissous dans un verre d'eau. Une heure après, on lui administrait 30 grammes d'eau-de-vie allemande, et il ne tardait pas à être débarrassé de son parasite avec la tête.

Il ne croit pas prudent de l'administrer aux jeunes enfants. Ce n'est qu'à partir de dix ans qu'on peut le prescrire à la dose de 25 centigrammes sans inconvénient. (*Soc. de thérap.*, juin.)

Sulfate de pelletiérine. Douze essais faits avec ce sel à l'hôpital de la marine de Toulon, par M. Bérenger-Féraud, médecin en chef, lui ont donné 10 succès, dont 9 complets, c'est-à-dire avec la tête, et 1 sans cette extrémité. Dans un autre, il y eut expulsion seulement de l'extrémité rétrécie; le dernier malade ne rendit rien pour avoir été soumis peu de temps auparavant à un traitement par l'écorce de racine de grenadier. C'est donc là un ténicide puissant.

Il est aussi facile à administrer que le tannate. La dose en est de 40 à 50 centigrammes pour les adultes, que l'on fait prendre en deux fois, à quelques minutes d'intervalle, dans 10 à 20 grammes de sirop simple, en faisant avaler 100 grammes d'eau pure après. Le patient reste tranquille dans cet intervalle, et l'on donne 30 grammes d'huile de ricin une demi-heure après, et même un lavement purgatif ensuite, si des selles n'ont pas lieu.

On a proposé d'associer ce ténicide à la teinture com-

posée de jalap ou au sirop de séné, pour allier ensemble les deux indications ténicide et évacuante. (*Bull. de thérap.*, n° 7, avril.)

TÉTANOS. L'emploi du *chloral* et son succès à haute dose, contre un tétanos subaigu, ont été confirmés d'une manière éclatante par M. Gillette à l'hôpital Beaujon. C'était à la suite d'une désarticulation scapulo-humérale gauche, nécessitée par le broiement complet des parties molles et des os du bras, chez un garçon de trente ans. Les pansements étaient faits avec la solution chloralée au centième, et néanmoins le trismus se déclara le neuvième jour. 3 grammes de chloral et 2 grammes de bromure de potassium avec des injections morphinées dans les masséters, matin et soir, n'empêchèrent pas le tétanos d'augmenter. On éleva aussi la dose de chloral de 1 gramme par jour, jusqu'à arriver dès le sixième jour à 5 grammes, dans une potion prise par cuillerées à bouche, à vingt minutes d'intervalle, et 5 grammes en trois lavements au lait, bien supportés par la muqueuse rectale. L'ivresse chloralique se montra du douzième au quinzième jour. Une éruption miliaire avec prurit eut lieu sur divers points de la peau, et, pendant tout ce temps, la plaie était d'une coloration rosée des plus caractéristiques. Du quatorzième au quinzième jour, une amélioration notable s'observa, qui augmenta graduellement, quoique la dose de chloral fût diminuée chaque jour. L'opéré entra ainsi en convalescence et guérit.

Les accidents ayant augmenté ou diminué selon la dose de chloral employée, M. Gillette ne peut douter de son action. Contrairement à l'opinion de M. Verneuil, il croit donc que le chloral agit dans la forme aiguë et chronique et qu'il faut l'employer dans les deux cas.

Comme il n'est pas toléré à doses massives, M. Polaillon l'administre en potion de 4 grammes, en lavements de 2 grammes, et au besoin en injections hypodermiques profondes. Quelques accidents de gangrène locale seraient peu de chose devant le résultat à obtenir. (*Soc. de méd. de Paris*, mars.)

THÉRAPEUTIQUE. Dans sa leçon d'ouverture à la Faculté de médecine de Lille, M. le professeur Joire a ap-

précié la médecine et la thérapeutique expérimentales. Tout en admettant pour le médecin la nécessité des études de laboratoire, des expériences de toxicologie sur les animaux, il les considère comme secondaires, et, selon lui, le laboratoire naturel du médecin, c'est le lit du malade, c'est la salle de clinique.

La vogue donnée à l'emploi des alcaloïdes lui semble une erreur, et cependant ils présentent cet immense avantage de pouvoir être introduits facilement dans l'organisme, surtout en injections hypodermiques. Ils sont vraiment, contre l'avis du professeur, les agents thérapeutiques de l'avenir.

Il jette au contraire le cri d'alarme devant l'encombrement des officines par les spécialités. C'est le cri d'un honnête homme. Espérons que ces avis seront entendus des élèves. La réclame et le charlatanisme ne sauraient être trop dévoilés et combattus.

Le programme du cours laisse pourtant à désirer. On y voit encore figurer la médication spécifique, les antipériodiques, les antisyphilitiques, dénominations peu conformes à la science actuelle et indignes de figurer dans un cours officiel de thérapeutique.

Ischémie. Au lieu de la compression digitale et même de la ligature artérielle employées comme moyen d'arrêter le cours du sang dans les parties enflammées ou congestionnées, le docteur B. Cohn a eu recours à l'ischémie avec le bandage d'Esmarck. En l'appliquant uniformément, de quinze minutes à une heure par jour, autour des parties gonflées, il a traité efficacement une inflammation phlegmoneuse du pied, une inflammation œdémateuse de l'avant-bras et une tumeur blanche du genou, qui avaient résisté aux autres formes de traitement. Il s'agit seulement, pour prévenir toute douleur, que les derniers tours de bande ne soient pas serrés au point d'arrêter la circulation. (*Berl. klin. Woch.*, octobre.)

Leçons de clinique thérapeutique, professées à l'hôpital Saint-Antoine, par le docteur Dujardin-Beaumetz, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, recueillies par le docteur Eugène Carpentier-Méricourt, revues par l'auteur. 2e fascicule : Traitement des maladies de l'estomac. In-8 de 300 pages,

avec une planche en chromolithographie. Le 1er fascicule contient les maladies du cœur et forme 240 pages.

Le traitement des malades à domicile. Son histoire et ses rapports avec les bureaux de bienfaisance de la ville de Paris, par F. Gille, délégué du XIVe arrondissement. Un vol. in-8° de 500 pages. Paris, librairie *Germer Baillière.*

Des deux systèmes en présence et en vigueur pour le traitement des malades indigents et nécessiteux dans les grandes villes : l'hospitalisation et le secours à domicile, la préférence à accorder à celui-ci n'est plus douteuse. Elle se démontre par le raisonnement et par les faits. Plus bienfaisant et plus moral, le secours à domicile est aussi plus efficace et économique. On conçoit aisément que les soins d'une épouse, d'une mère, d'une sœur et même d'un ami, au sein de la famille, soient plus affectueux, attentifs, empressés, dévoués et efficaces, que ceux d'un étranger servile, inconnu, au sein d'un grand hôpital. Ils pourront être plus intelligents ici, et plus utiles surtout pour les blessés et les opérés; mais, pour tous ces petits besoins que le malade éprouve et ne peut ni ne sait souvent demander, est-ce l'infirmier ou l'infirmière, la religieuse même, chargés d'un grand nombre de malades, qui pourront les comprendre, les deviner? Qui recueillera les plaintes de tous ces malheureux patients? et qui les consolera dans leurs souffrances et leurs maux? Devant le danger permanent de contagion et d'infection qui s'y ajoute, on ne s'étonne plus que tant de ceux qui entrent par la grande porte de ces asiles de la misère et des souffrances n'en sortent par la petite. L'hôpital devrait être réservé aux blessés et aux chroniques, qui réclament un traitement spécial et prolongé, comme les maladies de peau, des yeux, les maladies spécifiques et contagieuses, exigeant l'isolement.

Mais, pour être traité à domicile, il faut en avoir un, et tant de gens en manquent, qui sont d'autant plus exposés par là à être malades! Le domicile ne suffit pas d'ailleurs, s'il est sans famille, sans parents ni amis. De là tant de malades fatalement voués, dans les grandes villes, aux secours de l'hospitalisation, surtout depuis qu'elle est pourvue de services payants.

Pour plaider cette cause du traitement à domicile, dans

la famille, l'auteur rappelle les premiers linéaments de l'histoire à ce sujet et relate les premiers documents de son institution en Allemagne à la fin du XVIIIe siècle, ainsi que les témoignages des persévérants efforts faits infructueusement pour l'introduire en France, durant toute la première moitié de ce siècle. Un premier décret du 19 mars 1793, c'est-à-dire de la République, institua bien ce service ; mais les divers gouvernements monarchiques ultérieurs en rendirent la réalisation si lente, si lente et incomplète, que, malgré les grands noms des Gérando, Dupin, Chaptal, Vée et les généreux efforts de ces grands philanthropes, il faut arriver en 1853 pour que ce service fût définitivement organisé.

Il n'y avait jusque-là que les secours des bureaux de bienfaisance aux indigents inscrits, et les avis, les soins des médecins, les médicaments même pour les malades étaient purement gracieux, quand on ne les envoyait pas immédiatement à l'hôpital. Il n'y avait pas de service organisé. L'administration est si paresseuse et routinière que ce ne fut de sa part ni un effort, ni un progrès ; mais la force même des choses, des besoins, l'obligea à établir régulièrement ce service. Davenne n'eut ainsi d'autre mérite que de l'organiser.

Cette première partie du livre, divisée par périodes, montre bien, par l'extrait des nombreux ouvrages, mémoires et rapports publiés à ce sujet, l'enfantement laborieux de ce projet. Mais à quoi bon ces longs détails rétrospectifs, sinon à montrer que ce n'est pas en demandant, en sollicitant sans cesse de nouveaux crédits motivés par des phrases pompeuses et sonores, que l'on parvient à son but? Il fallait en montrer la portée et les résultats, prévenir la contagion des malades entre eux et assurer l'économie de leur traitement à domicile. Ces résultats étaient aussi faciles à prévoir qu'a démontrer. Le logement, le coucher et divers autres frais généraux sont épargnés par le traitement à domicile. C'était là ce qu'il fallait mettre en lumière et ce qu'aucun de ces mémoires et rapports compendieux ne signale. De là l'inutilité de les rappeler à notre avis.

La seconde partie est plus intéressante, en montrant l'établissement et le développement graduel de ce grand service pendant ces vingt-cinq dernières années. Divisé par périodes

28.

triennales ou quaternaires, suivant les principales modifications qu'il a subies, on le voit s'étendre et augmenter avec l'adjonction des faubourgs en 1854 et l'accroissement de la population. Il s'étendit d'abord aux nécessiteux non inscrits, puis aux femmes en couches, et enfin aux phthisiques. Le nombre des secourus a été ainsi en progressant. De 67 484 pendant la période décennale de 1844 à 1853, précédant immédiatement la mise en action du nouveau service, il s'élevait à 90 287 en 1861 et à 113 317 en 1876. Celui des malades, de 28 076 seulement en 1854, s'élevait à 57 274 en 1874 et à 60 582 en 1876. Ce grand service du traitement à domicile avait donc plus que doublé en vingt ans.

La population ne tarda pas en effet à s'apercevoir des avantages de ce nouveau régime. Tous les indigents nécessiteux ou gênés, honnêtes et laborieux, vivant de leur travail, et pouvant être soignés chez eux, préférèrent y rester que de se séparer de leur famille pour aller à l'hôpital. On n'y recourt plus que dans l'impossibilité absolue de faire autrement. La maladie est ordinairement ainsi moins longue, et le danger de la contagion est sûrement évité; de là une mortalité beaucoup moindre qu'à l'hôpital, puisque, sur 1 128 890 malades ainsi traités chez eux de 1854 à 1877, la mortalité n'a pas dépassé 8,70 pour 100, tandis qu'elle s'élevait à 13,09 dans les hôpitaux.

Les accouchées à domicile ont surtout bénéficié de cette réforme, consistant à les isoler, soit chez elle, soit chez des sages-femmes. De 43 femmes mortes dans les neuf premiers jours, durant la période de 1872 à 1874, sur 33 304 accouchées, soit une sur 775 environ, il n'y eut que 11 décès sur 31 214 accouchées de 1875 à 1877 inclus, soit 1 seulement sur 2837. Aussi le nombre en augmente-t-il chaque année et s'élève actuellement de 10 à 11 000, au lieu de 7450 au début, en 1865.

On ne peut prédire malheureusement un résultat aussi favorable pour le traitement à domicile des phthisiques chroniques, tout récemment institué. Le faible secours mensuel en argent qui leur est accordé permettra du moins à leurs familles de les conserver à domicile et de leur donner les derniers soins et les consolations qui leur manquaient, en allant tristement s'éteindre à l'hôpital.

Tout en signalant les bienfaits sanitaires officiels, c'est

surtout sur les résultats financiers que l'auteur s'appuie pour montrer les avantages de ce régime si utile, profitable et économique pour l'administration de la ville de Paris, et l'Assistance publique en particulier. En sa qualité d'administrateur délégué, c'est son point de vue spécial. Il y revient avec insistance, en exposant les comptes de chaque exercice, de chaque période. Et c'est pour montrer sans cesse que les administrateurs de la grande capitale, les directeurs de l'Assistance publique en particulier, tout en se donnant le mérite d'ordonnancer des dépenses considérables et toujours croissantes pour assurer le service médical, des médicaments, des bains, des secours de convalescence et des frais généraux de tout genre, ont toujours négligé, surtout pendant l'Empire, d'en faire voter les allocations correspondantes, laissant la plus lourde charge d'y pourvoir aux bureaux de bienfaisance, c'est-à-dire à la charité publique. On sait, en effet, que ces bureaux s'alimentent bien plus des collectes annuelles qu'ils font dans leurs arrondissements respectifs et des dons qu'ils reçoivent, que de leurs revenus. Un exemple suffira à mettre ce fait en lumière.

Dans le dernier exercice triennal de 1875, 1876 et 1877, les dépenses totales se sont élevées à 2 357 124 fr. 41, et l'administration n'a alloué que 1 657 181 fr. 34. D'où l'énorme différence de 699 943 fr.07, mis ainsi forcément à la charge des bureaux de bienfaisance et qu'ils ont dû acquitter avec leurs propres ressources, à moins de refuser le service pour insuffisance de fonds spéciaux. Une somme totale de 5 524 441 francs a donc été détournée de sa destination naturelle, qui est l'alimentation et le vêtement du pauvre, au profit de 1 128 890 malades traités à domicile depuis l'organisation de ce service, laquelle somme s'élève à 7 043 034 francs par le supplément accordé aux 128 945 indigentes ou nécessiteuses accouchées à domicile. Telle est l'énorme somme qui a été prise, en vingt-quatre ans, dans la caisse de la charité publique pour les secours en pain, viande, vêtements et coucher aux indigents, au profit de la caisse municipale. Sans compter qu'elle a bénéficié d'au moins vingt-cinq millions que lui eussent coûté ces 1 257 835 malades et accouchées pour les recevoir dans ses hôpitaux.

De cette infraction aux règlements résulte une inégalité

forcée, choquante et même injuste, dans la répartition des secours aux pauvres de la même ville, suivant que la population du bureau ou de l'arrondissement dont ils dépendent est riche, aisée ou pauvre. Les visites, les médicaments, les bains et les soins de toute sorte sont sans doute uniformes pour les malades et les accouchées ; mais, ces dépenses étant payées sur le fonds commun, il n'en reste plus que des secours insuffisants pour les indigents et les nécessiteux. Et, comme ceux-ci sont d'autant plus nombreux dans les quartiers moins riches, il s'ensuit que le secours annuel est d'un quart, d'un tiers et parfois de la moitié des pauvres de l'arrondissement voisin, composé tout autrement. Chaque bureau, comme chaque individu, ne peut distribuer que ce qu'il a à donner.

Ce livre est donc un véritable réquisitoire contre l'administration municipale. Il accuse sa parcimonie envers ses pauvres, avec toutes les preuves officielles à l'appui. Les chiffres qu'il évoque sont accablants, et ils le seraient encore bien davantage s'ils étaient plus condensés, comme nous avons cherché à le faire des principaux. En voulant mettre tous les documents du procès sous les yeux du lecteur, par ordre de dates, l'auteur dissémine et fatigue l'attention en se répétant. On a besoin de le relire pour le saisir, et, parmi tant de détails et de chiffres, il est difficile d'en saisir les principaux, qui seuls ont de la valeur. C'est un travail analytique, qui mériterait d'être synthétisé en brochure, pour l'enseignement de ce que la bienfaisance est à Paris.

THORACENTÈSE. *Pneumothorax consécutif.* L'une des plus graves complications attribuées à l'aspiration après la thoracentèse est de mettre la plèvre en communication avec l'air extérieur, de produire le pneumothorax. M. Bucquoy, dont les titres à la vulgarisation de cette opération contre les épanchements pleurétiques sont si grands, a voulu savoir à quoi s'en tenir sur cette grave accusation, et, ayant observé deux fois cet accident, sans qu'aucune manœuvre maladroite ni vice de l'appareil puissent en rendre compte, il en attribue la production à une cause étrangère. Dans le premier cas, le pneumothorax se développa immédiatement après la deuxième ponction faite

dans une pleurésie purulente très ancienne chez un tuberculeux. L'empyème, fait ensuite, montra que du gaz était mélangé au liquide purulent, et l'autopsie ne découvrit pas de perforation.

Il s'agissait d'une pleurésie aiguë dans le second fait. Au milieu de l'aspiration du liquide, un sifflement aigu révéla tout à coup l'irruption du gaz dans l'appareil. Il y eut ensuite un pneumothorax consécutif, ce qui n'empêcha pas une guérison très rapide de la pleurésie. Ce n'est donc pas là une complication grave ni dangereuse, quand elle se produit dans ces conditions.

Pour l'auteur, le pneumothorax résulte, dans ces cas, de la mise en liberté par l'aspiration des gaz dissous dans le liquide épanché et le vide produit dans la cavité de la plèvre lorsque le retrait du poumon persiste. De là la rareté de ce fait, peu connu. Deux autres exemples seulement en ont été rapportés par MM. Lereboullet et Tennesson, reconnaissant la même cause.

Le médecin n'a donc pas toujours à s'effrayer quand, pendant la thoracentèse et non immédiatement après le retrait du trocart, du gaz s'échappe avec le liquide. Il n'est pas toujours le signe de la perforation de la plèvre. (*Acad. de méd.*, novembre.)

Altérations du sang. Voy. SANG.

Emploi du manomètre. Adaptée à l'appareil aspirateur et mise en communication constante avec l'épanchement, cette nouvelle addition au procédé opératoire de la thoracentèse, faite par M. Potain, permet d'apprécier facilement la diminution progressive de tension intra-pleurale et de s'arrêter à temps pour éviter les accidents graves de congestion pulmonaire, toux, douleurs, expectoration albumineuse, pneumothorax, résultant d'une trop brusque décompression.

La pression à mesurer est la résultante des diverses actions concordantes ou contraires qui, à l'état normal, produisent l'aspiration thoracique. Il faut, en outre, tenir un grand compte de l'épaississement de la plèvre et de l'atélectasie, la carnification du parenchyme pulmonaire. L'état des parois thoraciques plus ou moins rigides, la résis-

tance du médiastin, l'abondance de l'exsudat, sa hauteur, son poids, font aussi varier cette pression.

La *tension initiale* est presque toujours *positive*. Elle peut s'abaisser exceptionnellement à 0 ou — 2°; parfois elle s'élève à 0 + 20 et + 30, sans que l'énergie des mouvements respiratoires soit momentanément exagérée.

Chose importante en pratique, il est impossible d'établir un rapport proportionnel entre la tension du liquide et sa quantité plus ou moins grande. Cependant les hautes pressions s'observent avec les grands épanchements, inflammatoires et récents, chez des sujets jeunes et vigoureux; les basses pressions initiales se rencontrent dans les conditions opposées (vieil épanchement, sujet cachectique, poumon affaissé, etc.)

Les grandes décompressions finales, qui amènent les accidents, surviennent quand le liquide a été expulsé en grande abondance, que les parois sont rigides, que le poumon est peu susceptible d'expansion, qu'il est bridé par une plèvre épaissie, etc.; en un mot, dans les épanchements chroniques.

Le manomètre peut servir de guide pour faire apprécier le moment où il convient d'interrompre l'écoulement du liquide. Tant que la décompression est lente et graduelle, on peut, en général, continuer l'extraction du liquide; il est bon de le suspendre quand, après un abaissement progressif, une diminution brusque et notable de la pression se manifeste.

Une décompression modérée, coïncidant avec l'évacuation d'une collection abondante, est d'un pronostic favorable. (*Revue mens.*, février.)

TRACHÉOTOMIE. Une hémorrhagie secondaire et mortelle est survenue chez deux opérés du docteur Fidele, à l'hôpital Saint-Jean de Turin, à un jour d'intervalle. L'autopsie montra, chez la première, la division d'une veine anastomotique transversale entre les deux jugulaires extérieures et l'incision du corps thyroïde dans une étendue de 2 centimètres. Cette incision était seulement de 15 millimètres dans le second cas, et cependant une hémorrhagie foudroyante survint au sixième jour par cette voie. De là l'enseignement de ne diviser les parties molles qu'avec précaution et réserve.

Il suffit que la canule soit trop petite pour que l'hémorrhagie se produise, suivant M. de Saint-Germain. Elle se reproduisit ainsi à deux reprises chez une petite fille de onze ans, et ce n'est qu'en substituant le n° 3 au n° 2 qu'elle fut arrêtée. Elle doit exercer ainsi une certaine compression de dedans en dehors, et l'on ne doit jamais l'enlever qu'après les premières vingt-quatre heures.

Thermo-cautère. L'emploi de ce nouvel instrument, fait par M. J. Bœckel, de Strasbourg, dans sept trachéotomies d'enfants et d'adultes, lui a permis d'être fixé sur son action hémostatique comparée à celle du bistouri. Comme l'avait dit M. de Saint Germain dans son rapport à la Société de chirurgie (voy. *année* 1877), il ne met pas à l'abri de l'hémorrhagie, car elle s'est manifestée trois fois dans les sept cas, tandis que, sur quinze trachéotomies faites avec le bistouri, onze fois la perte du sang fut insignifiante. La grande mise en scène, exigeant trois à quatre aides intelligents pour l'emploi de cet instrument, l'étendue beaucoup plus considérable de la plaie, les ampoules, la rougeur résultant de son rayonnement, la cicatrisation plus visible et sa durée plus longue, ne sont donc pas des motifs pour y recourir, sinon exceptionnellement, comme dans le carcinome en particulier.

Bromure de potassium contre le spasme de la glotte s'opposant à l'enlèvement de la canule. Chez deux enfants trachéotomisés à l'hôpital des Enfants malades, des accidents de suffocation s'étant manifestés après plusieurs essais d'enlèvement de la canule, sans que des végétations ni d'autres obstacles fussent évidents, M. Alix Joffroy fit administrer 2 grammes par jour de bromure de potassium aux enfants. Deux jours après, la canule put être enlevée sans difficulté et sans qu'aucun accès se produisît. C'est une indication spéciale, quand il n'existe ni végétation, ni bronchite ou catarrhe rendant compte de l'asphyxie. (*Revue mens.*, octobre.)

Trachéotomie préliminaire, dans les opérations de la bouche. Voy. LANGUE.

TRANSFUSION. Ce procédé direct de revivification, qui, sous l'influence du positivisme actuel et le perfectionnement

instrumental, avait repris une nouvelle actualité dans ces dernières années, ne paraît pas devoir soutenir ses premiers succès. On ne l'emploie plus guère que contre l'anémie, le défaut de sang ou plutôt d'hématies. Le docteur Landrieux l'a employée ainsi dans un cas de leucémie galopante, chez un garçon boulanger de vingt-quatre ans, entré le 22 janvier à l'hôpital Beaujon et qui, par suite d'hémorrhagies multiples, était dans un état si désespéré, un mois après, que la transfusion paraissait le seul moyen de rendre des globules rouges au sang. 60 grammes environ du sang de son frère lui furent transfusés avec l'appareil Collin par M. Lefort, et dès le lendemain, en effet, une amélioration très sensible dans l'état général, le pouls, la température, le sommeil, se manifestaient. Mais, une nouvelle hémorrhagie nasale ayant eu lieu le 25 février, le malade et son frère demandèrent l'*exeat*, et il quitta l'hôpital pour retourner dans son pays. L'observation et le procédé manquent ainsi de conclusion. Tout ce que l'on peut dire, d'après les observations semblables existantes, c'est que ce moyen est permis et indiqué toutes les fois que la multiplicité des hémorrhagies rend la mort presque imminente. (*Journ. de thérap.*, nº 5.)

La perte continue, répétée, du sang, est en effet l'indication la plus pressante de cette médication. C'est ainsi que des hémorrhagies par le nez, les gencives, la vessie, s'étant montrées persistantes chez un enfant de neuf ans, après une fièvre typhoïde grave, le docteur Stakes recourut le septième jour à la transfusion, devant l'insuccès du fer, de l'alun, du tannin, pour arrêter la perte du sang. 75 grammes du sang du père furent injectés dans la veine médiane du bras droit, et presque immédiatement les hémorrhagies s'arrêtèrent, l'amélioration fut rapide, et l'enfant se rétablit. (*Amer. journ. of obstetrics.*)

Transfusion du lait. Cette singulière innovation tend à se substituer à la transfusion du sang, aux États-Unis, contre l'anémie. Le professeur Gaillard-Thomas, de New-York, en est surtout le promoteur. On jugera de ses effets par les deux observations suivantes, qui lui sont dues.

Une femme âgée de trente-deux ans, morphiomane et très nerveuse, était arrivée à un degré avancé d'anémie.

140 centimètres cubes de lait de vache venant d'être trait et marquant 37,7 sont injectés dans la veine médiane basilique droite. Un gr. 20 de quinine avait été administré, une heure avant, pour empêcher le frisson prévu. Cette transfusion provoqua aussitôt une congestion violente de la face et du corps, avec injection et saillie des yeux, gonflement des lèvres, aspect étrange et alarmant, qui obligea de suspendre un instant la transfusion avant de la terminer. Un urticaire fugace apparut bientôt. Le pouls, de 108, s'éleva à 120 et atteignit 150 cinq minutes après. Mais, un quart d'heure ensuite, il n'était plus qu'à 92, et un léger frisson parut.

Aucune amélioration ne s'ensuivit, et néanmoins 1 once de lait fut injecté dans une veine du bras gauche, huit jours ensuite. L'opérée accusa aussitôt du mal de tête, des coliques utérines, des crampes, et ses règles apparurent prématurément. Eruption ortiée, sans frisson.

Une amélioration légère fit répéter cette transfusion, vingt jours plus tard. Six onces de lait furent injectés, et la même série des accidents précédents apparut. La malade reprit ensuite de la couleur, des forces et de l'appétit.

La seconde expérimentation est encore moins encourageante. C'était un matelot de trente-trois ans, atteint d'anémie progressive, sans altérations appréciables. 1 112 500 globules sanguins par millimètre cube. Transfusion de six onces de lait dans la médiane basilique; fluxion sanguine marquée de la face; la tête semble éclater. Effets identiques sur le pouls.

Une amélioration apparente fit renouveler la transfusion de 120 grammes de lait dans la basilique droite, une semaine après, en faisant prendre 1 gr. 20 de quinine avant. L'amélioration persistant, une troisième transfusion de 6 onces eut lieu huit jours après. Une hyperémie générale de la peau en résulta, avec oppression, nausées, vomissements, frisson de vingt-cinq minutes, amblyopie et albuminurie consécutives. Un œdème pulmonaire survint, et le malade ne tarda pas à succomber. L'autopsie ne montra aucune trace d'embolie, mais une dégénérescence graisseuse avancée du cœur, des reins et du foie. (*Philadelphia med. Times*, novembre 1878.)

Est-il bien nécessaire d'insister, après des résultats sem-

blables, sur les prétendus effets stimulants du lait sur la circulation et la nutrition, lorsqu'il est ainsi transfusé immédiatement après la traite, et ses moindres chances de produire l'embolisme que le sang? Les accidents mortels provoqués chez les chiens par les expériences de M. Laborde répondent suffisamment. 80 à 100 centimètres cubes de lait, injectés à un chien de moyenne taille, l'ont constamment fait mourir en quelques heures ou quelques jours. Il ne résiste qu'à des doses de 25 à 30 grammes à la fois, et ces petites doses sont incapables de rappeler à la vie un animal épuisé par une hémorrhagie. Ces injections chez des jeunes chiens inanitiés n'ont eu aucune utilité, et 80 centimètres cubes de lait, injectés après une saignée de 700 grammes à un chien, n'ont produit aucun effet de stimulation. Il est mort par asphyxie, causée par l'oblitération des capillaires du poumon.

Les globules laiteux sont en effet énormes relativement à ceux du chyle, auquel on a comparé le lait. Ils se condensent ainsi dans les poumons, les centres nerveux, le tube digestif, qu'ils altèrent à la manière des embolies capillaires. C'est pourquoi on rencontre à l'autopsie de l'hyperémie, des ecchymoses et de petits foyers apoplectiques dans ces organes. (*Soc. de biol.*, février.)

La transfusion du lait est donc dangereuse et inefficace. C'est une innovation à ne pas imiter.

Les expériences de MM. Béchamp et Baltus sur des chiens à l'état normal, ou exsanguinifiés par une soustraction plus ou moins abondante de sang, ont confirmé les résultats précédents. D'où ils concluent, en résumé, que la transfusion du lait, maintenue dans certaines limites quantitatives relativement très étendues, est inoffensive chez le chien, mais de trop faible valeur thérapeutique pour que son emploi soit généralisé et substitué à la transfusion du sang. (*Acad. des sciences.*)

C'est sur l'action immédiate de ces injections que MM. Moutard-Martin et Richet fils ont porté leur attention. Des doses massives de lait et de sucre ont provoqué, chez des lapins, des mouvements de déglutition et des vomissements, puis de la polyurie, et ensuite des troubles de l'innervation respiratoire, des cris aigus, de la contracture des membres et un arrêt du cœur: tous phénomènes d'excitation bulbaire

ou protubérantielle. D'où ils concluent que ce n'est pas en troublant la circulation pulmonaire, mais en arrêtant celle du bulbe, qu'elles déterminent la mort.

Des injections semblables de sucre ayant produit une polyurie immédiate, ce phénomène peut être attribué au sucre du lait. (*Idem*). Voy. Polyurie.

TUBERCULOSE. *Diathèse par l'inoculation.* En inoculant le tubercule à des lapins pour savoir s'il développe la diathèse, comme à l'état spontané, M. Colin n'a constaté, pendant plusieurs semaines, que des effets locaux n'empêchant pas ces animaux d'augmenter de poids. Mais, plus tard, celui-ci resta stationnaire; puis l'amaigrissement commença. Dès lors, les accidents généraux s'accusèrent nettement : diminution de l'appétit, soif, fièvre. La tuberculisation envahissant le poumon et les viscères, la mort est survenue dans un marasme complet. (*Acad. de méd.*)

Contagion au nouveau-né. Il n'y avait à Neuenbourg, village très sain de 1300 habitants, que deux accoucheuses, les femmes R... et S... La femme S... était incontestablement phthisique et avait une expectoration purulente abondante. Le docteur Reich, venant un jour d'extraire un enfant par la version, vit la femme S... aspirer le mucus de la bouche de l'enfant, puis lui insuffler de l'air de bouche à bouche. Pendant trois semaines, l'enfant alla bien, puis il dépérit et mourut à trois mois d'une méningite tuberculeuse bien caractérisée. Peu après, deux autres enfants soignés par la femme S... eurent le même sort. Reich, ayant son attention éveillée par ces faits, fit une enquête et apprit que, du 4 avril 1875 au 10 mai 1876, sept autres enfants, en plus des trois déjà mentionnés, avaient succombé dans leur première année à une méningite tuberculeuse; tous ces enfants avaient reçu les soins de la femme S... Ceux de la femme R... n'avaient rien présenté de semblable pendant la même période. La femme S... mourut elle-même de phthisie en juillet 1876. Il fut bien établi que cette femme avait l'habitube de sucer le mucus de la bouche des enfants, de les caresser et de les embrasser. (*Berlin. klin. Wochens.*, septembre.) Voy. Sang.

Tuberculose miliaire aiguë. Quoique très facilement appréciable en général, elle peut être masquée par un ensemble de symptômes prédominants et passer inaperçue à la plus rigoureuse et savante observation clinique. Le docteur Rigal en a ainsi observé un exemple chez une jeune femme prise de céphalalgie, abattement, faiblesse générale, insomnie, anorexie, soif vive sans fièvre, diarrhée sans coliques ni douleurs abdominales, rachialgie. Une desquamation de presque toute la surface cutanée et une albuminurie coïncidente, ayant été précédée de fièvre avec angine, fit diagnostiquer une néphrite consécutive à une scarlatine frustre. Rien au cœur ni aux poumons. Vaginite intense. Cette femme succomba rapidement à des symptômes cérébraux rapportés à l'urémie, sans fièvre notable, ni augmentation de température.

L'autopsie montra, outre les lésions de la néphrite parenchymateuse, sans tubercule, une granulie aiguë des poumons et du cerveau. Un grand nombre de granulations tuberculeuses existaient même sur toute la muqueuse vaginale. (*Soc. méd. des hôp.*, mai, et *Union méd.*, nº 103.)

Il est très vraisemblable que le diagnostic a été judicieusement porté dans ce cas et que la granulie, qui a causé la mort, ne s'est développée que consécutivement.

Tuberculose cutanée. Voy. Gommes scrofuleuses.

Tuberculose abdominale. *Pigmentation de la face.* Signalée depuis vingt ans par M. Guéneau de Mussy, cette coloration spéciale s'est montrée dans d'autres maladies chroniques de l'abdomen. Il est donc probable qu'elle provient des mêmes conditions pathogénétiques que dans la maladie d'Addison, et si l'opinion actuellement en vogue, qui attribue la mélanodermie à une irritation des nerfs ganglionnaires et en particulier du plexus solaire, est fondée, cette pigmentation dans la tuberculose abdominale trouverait une explication toute naturelle, aussi bien dans la tuberculose que dans les autres affections chroniques de l'abdomen. (*Acad. de méd.*)

Traitement du carreau. La poudre suivante est employée depuis longtemps aux Etats-Unis par M. Girard, de même

qu'en Europe, où elle est inscrite dans le formulaire de l'hôpital Guy, de Londres :

℞ Carbonate de soude anhydre............ 30 gr. 75
Calomel à la vapeur..................... 70 centigr.
Poudre de craie comp. *Ph. Lond*........ 7 gr. 50

Faites des paquets de 15 à 40 centigrammes, que l'on donne aux petits malades selon leur âge, soit un paquet dans de l'eau sucrée ou du sirop, en couchant l'enfant.

Le lendemain matin, on lui fait prendre 30 centigrammes de rhubarbe avec 60 centigrammes de sulfate de potasse.

Continuer ce traitement pendant huit jours consécutifs, et en reprendre alternativement l'usage si les symptômes se prolongent.

Dès le deuxième jour, dit l'auteur, la fièvre hectique ou vespérale diminue d'intensité, le ventre perd graduellement de son volume, les garde-robes reprennent peu à peu leur cours normal, en même temps que l'appétit se réveille et que les digestions s'opèrent régulièrement. Le moral se relève aussitôt, et, de taciturne qu'il était, l'enfant reprend son enjouement naturel. (*Gaz. des hôp.*, décembre.)

Tuberculose articulaire. Forme morbide spéciale, détachée de la scrofule et particulièrement du groupe des tumeurs blanches, d'abord sous les noms d'*arthrite fongueuse*, tuberculeuse, puis de *synovite*, pour mieux en fixer le siège, et intimement rattachée aujourd'hui à la tuberculose générale par ses caractères cliniques et anatomo-pathologiques. Bazin, dans ses *Leçons sur la scrofule*, avait bien explicitement signalé la présence du tubercule dans l'arthrite scrofuleuse, jusque dans des cavités creusées dans les cartilages; mais le microscope seul pouvait en révéler la nature essentielle et les caractères différentiels.

Il ne s'agit plus, en effet, de la matière caséeuse constatée et signalée dès 1845 par Rokitanski, qui la considérait, selon l'interprétation allemande, comme un simple résidu de l'inflammation, ni de l'ouverture d'un tubercule osseux dans l'articulation voisine, observée par Nélaton. C'est le tubercule vrai, se développant primitivement ou secondairement, avec ses caractères spéciaux, au sein de la synoviale même,

comme sur les grandes séreuses, après les inflammations chroniques. La description en a été faite pour la première fois en France par M. Cornil en 1870, d'après l'observation d'un phthisique atteint d'une tumeur blanche du coude. Koster le confirma ensuite en Allemagne, par la présence de la cellule géante au milieu de la granulation tuberculeuse, dont il trouva farcis les bourgeons charnus des fongosités. Et, les observations cliniques étant venues bientôt s'y ajouter ici, l'histoire de cette forme morbide a pu être ainsi tracée par M. Lannelongue sur les enfants en particulier, chez lesquels il a fait ses observations. (*Soc. de chir.*, avril 1878.) Voy. ARTHRITE FONGUEUSE.

De la matière tuberculeuse, injectée par Hueter dans l'articulation des chiens, a déterminé une synovite granuleuse hyperplastique, comme disent les Allemands. De ce foyer peut naître une tuberculose généralisée, dont l'animal meurt. (*Deutsch. archiv für chirurgie.*)

Pour montrer la relation de la tuberculose et des affections articulaires chroniques, Schuller a aussi introduit, par des injections sous-cutanées, des crachats et des liquides tuberculeux de l'homme dans les poumons de cochons d'Inde et de chiens; il en a soumis aussi à l'inhalation de ces liquides, pendant une demi-heure, durant plusieurs jours de suite, en tordant ou contusionnant violemment ensuite l'articulation du genou. A peu d'exceptions près, une inflammation vive s'ensuivait, quand la mort n'en résultait pas, sous la forme d'une synovite granuleuse, avec développement consécutif de granulations sur la membrane et un décollement étendu des cartilages. La suppuration se montra dans quelques cas. Les cartilages grisonnaient, avec ramollissement partiel des os et consistance spongieuse de la partie injectée ; mais peu de tubercules furent rencontrés dans les poumons. Les ganglions bronchiques et mésentériques seuls étaient engorgés.

Comparativement, de semblables violences, exercées sur les articulations d'animaux sains et non inoculés, n'ont produit qu'un épanchement sanguin, qui s'est résorbé en huit jours sans aucun phénomène d'inflammation. (*Centralblatt f. chirurg.*)

A propos d'une observation personnelle faite à l'hôpital Beaujon sur un fripier de trente-sept ans, atteint d'une ar-

thrite fongueuse du genou gauche et qui se trouva, après l'amputation, être constituée par une agglomération de granulations tuberculeuses innombrables, sans trace de tissu normal, M. Brissaud, interne, fait un résumé très clair et précis de cette importante question, en l'appuyant de six autres faits à l'appui.

Des caractères cliniques et anatomiques ressortissant de ces observations, il résulte que la tuberculose articulaire peut être aiguë ou chronique, primitive ou secondaire, c'est-à-dire idiopathique ou symptomatique d'une diathèse ou d'un traumatisme. Elle est caractérisée par la présence de masses tuberculeuses ou de granulations dans des articulations devenues le siège de tumeurs blanches vulgaires. De là le nom qui lui est imposé.

Trois formes distinctes résultent des lésions et des symptômes constatés jusqu'ici : c'est l'*arthrite tuberculeuse aiguë*, signalée par M. Laveran, et qui correspond à l'infiltration granuleuse du poumon. Primitive ou secondaire, elle se rattache toujours à un état diathésique, une intoxication tuberculeuse. D'où son incurabilité.

La *tuberculose articulaire inflammatoire*, décrite par M. Lannelongue, est assimilable à la phthisie galopante, moins l'importance différente des organes. D'où la possibilité de guérison par le repos et l'immobilisation.

La forme la plus commune est la *tuberculose articulaire fongueuse*, correspondant à la phthisie chronique. Elle peut être consécutive à la scrofule comme au traumatisme et guérir dans quelques cas par la résection et surtout l'amputation, quand il y a absence de diathèse. Le tout est de distinguer son caractère tuberculeux, car les fongosités peuvent être simplement inflammatoires sans dégénération. Beaucoup de tumeurs blanches ont dû être ainsi confondues, et c'est à l'avenir à éclaircir ce chaos. (*Rev. mensuelle*, juin.)

Tuberculose génito-urinaire. Elle se présente assez souvent d'une manière indépendante et alors que les poumons sont parfaitement indemnes, contrairement à la loi de Louis. Sur 20 malades atteints de tubercules du testicule, 15 ou 16 ne présentaient aucun signe de tuberculisation pulmonaire. Un cas en est offert comme exemple par M. Terrillon, chez

un garçon boucher de trente ans, très robuste, entré à l'hôpital pour une fistule de la tête de l'épididyme du côté droit, manifestement de nature tuberculeuse. Abcès ganglionnaires du cou. Poumons absolument intacts.

Les organes génitaux, malgré leur connexité intime avec les organes urinaires, peuvent être envahis séparément. La vessie peut être prise de même sans le testicule. La prostate est souvent le trait d'union entre eux. Aussi on ne doit jamais négliger le toucher rectal en pareil cas. Un garçon de vingt-six ans, brun, amaigri, quoique bien portant à première vue, avait ainsi les deux testicules malades, altérés dans leur forme par des nodosités multiples et l'induration volumineuse de l'épididyme. Le toucher rectal décelait des nodosités saillantes de la prostate, surtout à droite, avec augmentation de la vésicule séminale de ce côté. Rien au contraire dans les poumons. (*Revue méd.*, 6 septembre.)

Végétations de l'urèthre chez la femme. Elles reconnaissent souvent pour cause la tuberculose et sont ainsi l'indice d'une tuberculisation des organes génitaux, comme l'ulcère tuberculeux de la bouche ou des autres orifices muqueux. Trois observations, recueillies par M. Terrillon dans les hôpitaux de Paris, en sont la preuve. Elles ne sont donc pas exclusivement idiopathiques, comme on l'admettait, et doivent attirer plus profondément l'attention.

A défaut de caractères physiques différentiels, il faudrait au moins en distinguer quelques symptômes. Un écoulement purulent et une très vive douleur au passage de l'urine sont les principaux qui précèdent ceux de la cystite purulente tuberculeuse : ténesme, urines troubles, hématuries légères. Ceux-ci peuvent aussi précéder les végétations. L'inefficacité des moyens employés, comme la cautérisation, l'ablation, la dilatation de l'urèthre, doivent aussi inspirer des craintes sur une tuberculisation prochaine. (*Association française.*)

Tuberculose du col utérin. Chez une phthisique ayant une tumeur abdominale localisée dans la partie profonde du péritoine pelvien, avec douleurs utérines et flueurs blanches, M. Cornil constata au spéculum une érosion super-

ficielle du col, d'un demi-centimètre de diamètre, au niveau du méat. Les bords, taillés à pic sur un fond jaunâtre, comme les tubercules de la langue, étaient recouverts de trois petits grains jaunâtres un peu saillants. La cicatrisation fut rapide par les badigeonnages d'iode ; mais il apparut simultanément et comme témoin des granulations jaunâtres tuberculeuses au frein de la langue, qui donnèrent lieu à une autre ulcération.

Dans l'autopsie du cas précédent de tuberculose miliaire généralisée à toute l'économie, M. Rigal constata aussi un semis granuleux blanchâtre au col utérin et sur la paroi du vagin.

Il y aurait donc une tuberculose du col, comme il y en a une des autres orifices : la bouche, l'urèthre et l'anus. M. Fournier croit même qu'elle n'est pas rare, car il a rencontré aussi, chez des femmes tuberculeuses, huit à dix cas d'ulcération du col dont il n'a pu spécifier la nature et qui n'étaient pas des chancres. Et, comme le tubercule initial est indolent, il n'a pas été appelé à le constater. (*Soc. méd. des hôp.*, avril, et *Union méd.*, nos 87 et 103.)

Tuberculose de l'œil. Des tubercules peuvent se développer primitivement sur l'iris. Le docteur Parinaud en a observé deux cas, dont le dernier sur une fille de douze ans, strumeuse, dont le père vient de mourir phthisique, mais sans aucune trace de tubercules dans les autres organes. L'iris de l'œil gauche seul présente plusieurs tumeurs d'un aspect inégal, constituées par des tubercules. Une granulation grise, située vers le bord adhérent de l'iris, est particulièrement remarquable. Un hypopion est aussi formé par la matière caséeuse tombée dans la chambre antérieure. Un ramollissement blanchâtre occupe les couches profondes de la moitié inférieure de la cornée, avec transparence des couches antérieures. Bien que le fond de l'œil puisse être éclairé, il n'existe aucune perception lumineuse de ce côté. L'affection est indolente. Rien d'anormal dans l'œil droit ; santé générale satisfaisante.

Il s'agissait de savoir si l'énucléation de l'œil était applicable pour prévenir l'infection de l'économie. Plusieurs faits analogues montrent que la tuberculose de l'œil peut rester quelque temps locale et devenir ensuite un centre

de généralisation, suivant l'opinion de Laennec. Virchow pense aussi qu'un tubercule peut se comporter comme une tumeur maligne, et, d'accord avec cette doctrine, MM. Verneuil, Després, Trélat n'admettent pas que l'énucléation puisse être faite avec succès, tandis que M. Th. Anger, rapporteur, qui a observé un fait semblable (voy. PHTHISIE SYPHILITIQUE), MM. Tillaux et Sée, au contraire, la croient parfaitement indiquée. En ophthalmologiste surtout, M. Giraud-Teulon ne voit que cela à faire, tandis que M. Le Fort établit une grande différence sous ce rapport entre le tubercule et le cancer. Celui-ci, purement local au début, est une maladie qui ne peut se créer artificiellement et peut être enlevée avec succès. La tuberculose est, d'emblée, une maladie générale, que l'on crée à volonté. Et, tout en reconnaissant qu'il y a des succès de tuberculose articulaire primitive par l'amputation, il est indécis pour se prononcer en pareil cas. C'est l'éclectisme, comme toujours. (*Soc. de chir.*, juillet.)

Tuberculose de la glande thyroïde. Elle n'est pas aussi rare qu'on pourrait le croire, d'après le petit nombre d'observations qui en sont rapportées. Ayant examiné cette glande au microscope dans 100 autopsies de tuberculeux, le docteur Chiari l'a trouvée sept fois infiltrée de tubercules miliaires, paraissant constitués par un protoplasma finement granuleux, contenant des cellules lymphoïdes avec des noyaux arrondis et ovales et des cellules géantes, riches en noyaux. Ces éléments tuberculeux se forment dans le tissu connectif interstitiel et non par la prolifération des éléments de l'épithélium alvéolaire de la glande, qui au contraire présentait une métamorphose régressive.

Ce n'est donc pas là une lésion rare dans la tuberculose généralisée. Et, pour se convaincre qu'elle n'est pas primitive ou isolée, il a suffi à l'auteur d'examiner la glande thyroïde à l'autopsie d'une femme morte d'une tuberculose miliaire aiguë, à soixante-quatre ans. Elle était parsemée de très petits tubercules miliaires. (*Med. Jahrb.*, nº 1.)

TUMEURS. Tumeurs malignes. En dehors de la structure spéciale des caractères histologiques qui servent à les caractériser trop exclusivement aujourd'hui, aussi bien que

des principaux traits cliniques qui peuvent les distinguer, comme leur développement rapide, leur extension au tissu glandulaire, leur récidive, il y a, dans l'âge des malades, dans le siège et la direction des tumeurs, des conditions qui peuvent modifier profondément ce diagnostic, comme le montre très bien le professeur Savory, dans une leçon sur ce sujet. Un sarcome, chez un malade jeune et dans la vigueur de la vie, peut prendre un accroissement plus rapide que le carcinome chez un vieillard. Le développement est subordonné à la nutrition de la partie où elle siège et aussi à son étendue, son volume. L'influence du siège est encore plus grande, et c'est ainsi que le cancer de la langue, quoique d'essence épithéliale ordinairement, est si grave en raison de la vascularité, la chaleur, l'humidité de cet organe et surtout de ses mouvements continus, de l'irritation causée par les dents. De là la malignité exceptionnelle de cet épithélioma.

La direction de la tumeur en dedans ou en dehors agit aussi sur son caractère. Les polypes naso-pharyngiens, quoique ayant la structure des tumeurs malignes, ne sont que des sarcomes bénins, le plus souvent, quand ils sont convenablement excisés. De même des tumeurs villeuses du rectum et de la vessie, qui ont tous les caractères de l'épithélioma. Et cependant ils envahissent très lentement le système lymphatique et restent longtemps locaux.

Ce retard dans l'envahissement du système glandulaire dépend aussi de la direction de la tumeur plutôt que dans son accroissement. C'est ainsi qu'un squirrhe volumineux du sein, saillant à la surface en une masse fongueuse, n'envahit pas sitôt les ganglions adjacents que lorsque, récidivant, une petite excroissance se montre profondément enfoncée dans les tissus. (*Lancet*, n° 2.)

Trois tumeurs sarcomateuses enlevées le même jour par le professeur Gross, à sa clinique de Philadelphie, ont présenté un exemple frappant de cette différence histologique. L'amputation du bras au tiers supérieur fut faite pour un sarcome de l'humérus au-dessus de l'olécrâne, et il amputa au milieu de l'avant-bras pour un sarcome du poignet. Un petit nègre de cinq ans présenta aussi, à l'autopsie, des sarcomes disséminés dans les deux humérus, le fémur gauche et l'abdomen. Or l'examen microscopique montra les trois

principales formes du sarcome : cellules petites et rondes dans le sarcome multiple, cellules géantes dans celui du poignet et cellules fusiformes dans celui du coude.

Tumeurs du sein. Telle est la difficulté de les distinguer, de les classer bien nettement, que l'histologie n'y parvient pas mieux que l'anatomie pathologique à l'œil nu, ni la clinique, comme le montre la classification anatomo-histologique qu'en fait M. Richelot fils, à propos de deux observations de ce genre. Si intimement que l'on pénètre dans les tissus élémentaires, il y a toujours des points de contact et de ressemblance des divers processus entre eux, qui les confondent même dans leurs types et qui forcent de s'arrêter devant un diagnostic précis, rigoureux, un pronostic certain et un traitement positif, absolu. Sous ce rapport, la science n'a fait que peu ou pas de progrès entre les tumeurs malignes et bénignes, et, malgré les différents noms imposés, les variétés nouvelles, la grande difficulté est toujours, dans la majorité des cas, de savoir quand il faut les enlever ou les respecter.

Il divise ces produits pathologiques en épithéliaux et conjonctifs. Dans la première série, il place l'épithéliome qui en est le type et le carcinome, c'est-à-dire le cancroïde et le cancer. Et cependant l'épithéliome ou cancroïde de la glande se diffuse plus lentement que le cancer ou carcinome ; il envahit moins vite la peau par sa face profonde et a des allures intermédiaires au début entre la tumeur maligne et la tumeur adénoïde ou bénigne. Tel est l'épithéliome *intra-canaliculaire*, dont les éléments proliférés sont contenus dans des canaux tortueux et bien limités, sans aucun rapport avec les voies lymphatiques. Mais que l'épithéliome rompe ses canaux, et aussitôt les ganglions s'engorgent, et l'évolution est alors la même que celle du carcinome qui commence et débute par là. Ils se confondent dès lors et aboutissent au même résultat fatal.

A la série conjonctive appartiennent les fibromes, les sarcomes et les myxomes, ne différant entre eux que par le degré de développement, le caractère adulte, embryonnaire ou muqueux du tissu qui les compose. Nés dans le stroma interstitiel de la glande, ils n'envahissent ni n'étouffent les éléments sécréteurs, comme le carcinome ; ils tirail-

lent, déforment et agrandissent les culs-de-sac, qu'ils transforment en kystes, et la tumeur solide devient ainsi un fibrome kystique ou un cystosarcome. La forme kystique en est donc la distinction principale.

Reste l'adénome, intermédiaire entre ces deux séries, car il a parfois des formes épithéliales circonscrites et d'allure bénigne, qui semblent le premier degré de l'épithéliome; mais, le plus ordinairement, il répond aux tumeurs de la série conjonctive. L'adénome classique, de petit volume, est ainsi un fibrome de la mamelle, circonscrit et roulant sous la peau, comme le cystosarcome du plus vilain aspect n'est que la tumeur adénoïde ramollie et ulcérée de Velpeau. L'adénome et la tumeur fibreuse désignent donc la même chose, sauf quelques adénomes typiques.

Si donc un petit fibrome ne peut se confondre avec le carcinome, il y ressemble d'autant plus qu'il augmente et perd son caractère bénin dès qu'il se ramollit et s'ulcère. C'est alors le cystosarcome des auteurs, et quelques-uns en font même un véritable épithéliome ou cancroïde, sinon une véritable tumeur, de mauvais caractère, malgré son origine conjonctive. Les tumeurs simples, adénomes ou fibromes, après plusieurs années de bénignité, prennent ainsi une marche rapide et un caractère grave lors de la ménopause.

C'est alors en prenant la forme kystique qu'elle se distingue des tumeurs épithéliales ou cancers. Elle s'ulcère, saigne et suppure et peut même déterminer l'infection putride, l'érysipèle, mais sans se diffuser, se généraliser, ni se répandre, comme la diathèse cancéreuse. Ces néoplasmes kystiques, de nature conjonctive, n'ont qu'une malignité locale. Ils peuvent ainsi être enlevés tardivement, avec succès, contrairement à l'épithéliome, au carcinome.

Ce sont ces différences capitales entre les tumeurs épithéliales et conjonctives, quant au diagnostic et au traitement, que l'auteur cherche à mettre en lumière et à rendre pratiques. Un sarcome ancien et du plus mauvais aspect peut encore être enlevé sans laisser de racines dans l'économie, tandis qu'avec des allures sournoises et une région à peine modifiée, le carcinome peut défier toute intervention. L'ablation du premier est toujours indiquée, si elle est possible matériellement; celle du second est toujours dis-

cutable. Les repullulations du sarcome *in situ* peuvent être poursuivies dix à quinze fois, toujours avec de nouvelles chances de prolonger la vie, tandis qu'il n'y en a aucune pour la tumeur maligne, épithéliale. Elle déjoue fatalement tous les efforts, parce que sa malignité gît dans sa diffusion, sa généralisation, sa dyscrasie, tandis que la récidive *in situ* est une preuve de maladie locale et de bénignité relative. Il s'agit donc de distinguer l'origine et le caractère de ces tumeurs différentes pour leur pronostic et leur traitement.

Ils ne résultent ni de leur mauvais aspect ni de leur reproduction. L'absence prolongée de ganglions axillaires et de rétraction du mamelon, une indolence relative, la conservation de la santé générale, avec une tumeur volumineuse, le défaut d'adhérence de la peau, sont en général les caractères différentiels du sarcome. Mais ces signes sont insuffisants quand les progrès du mal ont altéré la peau. Elle est alors rouge, violacée, veineuse, sinon ulcérée. Dans ce cas, les bords de l'ulcère sont décollés et n'adhèrent pas au pédicule du bourgeon sarcomateux, tandis que le bourgeon cancéreux, en l'envahissant de toute part, est sessile. Mais le meilleur signe des tumeurs conjonctives sont les kystes; le carcinome n'en contient jamais. Les bosselures de l'encéphaloïde, les ramollissements, les infiltrations peuvent les simuler; mais ils n'existent jamais avec une paroi, un épithélium glandulaire et des produits de sécrétion altérée à l'intérieur. C'en est le caractère différentiel par excellence. Un kyste bien nettement reconnu exclut toute idée de cancer. L'épithéliome intra-canaliculaire fait seul exception; mais ses kystes sont si petits qu'ils passent inaperçus à l'examen. Une tumeur franchement kystique est un fibrome ou un sarcome.

L'écoulement par le mamelon de sérosité pure ou sanguinolente au début exclut aussi le cancer. En indiquant la perméabilité des conduits galactophores, il indique une tumeur circonscrite et bénigne. Un kyste apparent traduit donc toujours une tumeur conjonctive apparente ou cachée. La ponction n'est ainsi jamais que palliative; l'amputation seule est curative. Elle est donc de rigueur et toujours indiquée, même dans les récidives, en pareil cas. (*Union méd.*, nos 6 et 7.)

Des tumeurs kystiques de la mamelle, par le docteur Richelot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, in-8, avec figures, 1878.

Tumeurs blanches. Un pansement spécial est préconisé par le docteur Suchard et dont il dit merveille. On entoure l'articulation malade d'un morceau de *lint* enduit, sur le côté pelucheux, d'une couche épaisse d'un mélange d'onguent mercuriel double camphré et de cérat de savon. On l'assujettit par une couche de bandelettes de diachylum bien imbriquées et l'on immobilise l'articulation avec quatre attelles de cuir, placées en arrière, en avant et latéralement, que l'on fixe par un bandage roulé recouvrant le tout. A l'action résolutive de l'onguent se joint l'occlusion, la compression et l'immobilisation.

Aussi les effets en sont-ils surprenants. Depuis trois ans, M. Suchard n'a pas eu un seul échec, même sur des malades réputés incurables. Il choisit de préférence ceux-là pour appliquer ce pansement. Il est vrai que c'est toujours conjointement avec une cure hydrominérale en Suisse. La commission nommée pour faire une enquête ne pourra donc que constater l'état des malades avant et après. (*Soc. de chir.*, avril.)

L'épreuve a été faite à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. de Saint-Germain. Neuf enfants de trois à douze ans, atteints de tumeurs blanches suppurées, fongueuses, avec fistules, nécroses et dépérissement marqué, c'est-à-dire arrivées à un degré extrême de gravité, avaient été soumis inutilement à l'immobilisation et, comme l'a dit publiquement M. de Saint-Germain, n'avaient d'autre ressource *que l'amputation du membre*. Eh bien, traités par l'auteur avec ce pansement seul et un peu d'huile de foie de morue, ils en ont été si améliorés, après deux ou trois mois d'application, que quatre avaient déjà quitté le service lorsque les commissaires enquêteurs se sont présentés pour constater leur état. Cinq restaient en traitement, avec une amélioration si rapide, que, sans enthousiasme, une guérison complète et définitive peut être prévue. Ils marchaient dans les salles, les cours et les jardins, avec des béquilles. Ces résultats authentiques permettent donc aux praticiens d'employer ce pansement avec confiance et sécurité. (*Idem.*)

Abrasion inter-articulaire. Après avoir enlevé les fongosités externes avec la raclette, dans plusieurs tumeurs blanches simples, le professeur Letiévant a été conduit à tenter l'abrasion des fongosités intra-articulaires des tumeurs blanches du coude. La première tentative, faite sur un garçon de quinze ans, le 20 avril, a été suivie d'un succès complet, avec conservation des mouvements dans la moitié de leur étendue pour la flexion et l'extension. Le coude a une conformation parfaite et une grande précision dans ses mouvements, comme le fait a été publiquement constaté à la Société des sciences médicales de Lyon. Quatre autres malades, opérés depuis, sont également en voie de guérison, sans complications ni accidents, bien que la date récente de l'opération ne permette pas encore d'en annoncer les résultats définitifs.

Le procédé opératoire comprend deux temps, après l'application du bandage d'Esmarck et l'anesthésie du patient. Une incision de 10 centimètres à la surface externe du coude compose le premier. Commencée au bord externe de l'aponévrose inter-musculaire externe, au bras, elle descend sur la partie latérale du coude, en se recourbant en arrière jusqu'au bord externe du cubitus, afin d'éviter le nerf radial et de le laisser dans la lèvre antérieure. Les fongosités externes sont ainsi enlevées par le raclage, et le nettoiement des cavités celluleuses s'opère facilement. Mais des prolongements à travers la capsule articulaire pénétrant dans l'articulation, une incision verticale de 3 centimètres de la capsule fibreuse réunit ces perforations et permit ainsi d'enlever les masses fongueuses sur les têtes des os, en les luxant même pour les nettoyer complètement, tout en ménageant les cartilages érodés d'une partie de l'articulation.

Une seconde incision à la partie interne de l'article forme le second temps. Elle part du niveau de l'aponévrose inter-musculaire interne, en laissant le nerf cubital en arrière, et se continue diversement en dedans de la gouttière de ce nerf, pour se terminer en inclinant un peu en avant, afin de ménager le nerf cubital. Le raclage est fait, comme précédemment, dans la région olécrânienne interne, et, un passage pour l'index étant pratiqué au-dessous du tendon du triceps, la communication s'établit avec la région externe

pour enlever les fongosités de l'interligne et de l'apophyse coronoïde. Une communication fut également établie en avant du tendon du brachial antérieur.

La surface interne de la capsule est ainsi nette, comme les saillies et les dépressions osseuses et cartilagineuses. Deux drains de crin sont placés avec pansement antihémorrhagique et phéniqué, puis l'immobilisation du membre en gouttière.

C'est donc là une opération extrêmement laborieuse et d'une durée de plus d'une heure. Mais, en général, il n'y a ni fièvre, ni douleur à la suite. La réaction est à peine sensible; les opérés conservent l'appétit. Tels ont du moins été les résultats jusqu'ici.

Cette nouvelle méthode succédera à la résection si les succès se maintiennent. Le raclage, déjà pratiqué en pareil cas, n'allait pas aussi loin et ne pouvait donner lieu à des guérisons aussi radicales. (*Lyon méd.*, nº 46, novembre.)

Injections interstitielles de sulfate de zinc. Un malade étant atteint de fongosités articulaires du genou depuis plus de quatre ans, sans que les traitements classiques aient donné aucun résultat, M. Le Fort pratiqua, le 12 mai, une injection interstitielle avec une solution de sulfate de zinc au dixième additionnée d'un quart d'alcool. Il n'y eut d'autre réaction inflammatoire qu'un durcissement du tissu cellulaire au niveau de la piqûre. Ces injections furent renouvelées toutes les semaines, en retirant préalablement le pus de l'articulation par une ponction aspiratrice. La quantité de ce pus, qui s'élevait à 30 grammes, a diminué graduellement.

Le genou a diminué de volume et les mouvements sont devenus possibles; si donc ce n'est pas une guérison complète, ces injections ont au moins agi favorablement, en solidifiant les fongosités. (*Soc. de chir.*) Voy. TUBERCULOSE ARTICULAIRE.

Tumeurs fibro-ganglionnaires du cou. *Injections hypodermiques d'acide acétique.* Deux succès remarquables ont été obtenus par le docteur Woelker, le premier chez un enfant de sept ans et demi, qui portait une tumeur sur le

côté droit, datant de six mois. Après l'usage de divers fondants et résolutifs, l'application d'un séton, conseillée par des médecins et chirurgiens célèbres, il ne restait plus que l'énucléation, conseillée par le chirurgien de l'hôpital des Enfants, lorsque les injections furent commencées. La tumeur mesurait alors 12 centimètres sur 10 dans ses deux diamètres, et, ovoïde, bilobée par la veine jugulaire, qui contournait sa face externe, elle s'étendait obliquement de l'apophyse mastoïde vers la fourchette sternale. Indolente et dure comme un corps fibreux, elle n'a d'adhérences que sous les cicatrices du séton.

Pendant trois mois, des injections avec 20 à 40 gouttes de solution concentrée d'acide acétique cristallisé furent répétées. La diminution fut sensible six semaines après et continua graduellement, jusqu'à la disparition complète, sans cicatrices ni perte de substance.

Le second exemple est moins brillant. C'était un garçon lymphatique, de trois ans et demi, dont la tumeur, située comme la précédente, mesurait 11 centimètres de long sur 9 de large, sans adhérences ni mobilité en raison de sa profondeur. Indolente et dure, elle avait résisté à tous les topiques et les remèdes internes employés depuis un an. Du 8 août au 31 octobre, neuf injections de 10 gouttes de la solution précédente suffirent à la résolution complète de la tumeur, sans autre complication qu'une inflammation et un ramollissement partiel. On traversa celui-ci d'un séton, qui donna une demi-cuillerée à café de pus. Une injection ultérieure acheva la résorption. (*Soc. méd.-pratique* et *Union méd.*, n° 51.)

Ce sont donc là deux nouveaux exemples de l'efficacité de la méthode inaugurée par M. Luton.

U

URINES. *Rapports de l'excrétion de l'acide phosphorique avec l'azote.* A l'exemple de quelques auteurs allemands, Zuelzer notamment, MM. Lépine et Jacquin ont cherché à déterminer les influences morbides et thérapeutiques qui modifient le rapport normal de l'excrétion de ces deux

produits dans l'urine. Si, à l'état normal, la quantité absolue de l'acide phosphorique oscille dans des limites étendues, une alimentation uniforme en maintient le chiffre dans un rapport assez fixe de 1 : 5, soit 20 d'acide phosphorique pour 100 d'azote; mais, le plus souvent, on trouve cette proportion abaissée à 15, 12, 10 et même au-dessous et très rarement élevée à 25 pour 100.

Comment se rendre compte dès lors de ces variations considérables de l'acide phosphorique, quand on sait que tous les tissus en contiennent au moins 10 pour 100 d'azote, que le sang en contient 20 et la lymphe 1 seulement? Par l'alimentation d'abord, qui change notablement ces rapports. Tandis qu'un chien, au régime de la viande, excrète 12,8 d'acide phosphorique pour 100 d'azote, le rapport s'élève à 23 par le régime des pommes de terre, très pauvres en azote. La dénutrition des os et du tissu osseux, les plus riches en acide phosphorique, explique ensuite cette élévation rare de l'acide, comme la comburation spéciale des muscles dans la fièvre en explique l'abaissement fréquent. Zuelzer a constaté, en effet, que l'urine fébrile contient peu d'acide phosphorique relativement à l'azote, de même que dans l'urémie, les néphrites et certains états nerveux, notamment chez les épileptiques avant l'attaque.

La stabilité de composition des os, même dans l'inanition, et la faible masse totale du tissu nerveux comparativement à celle du corps, ne permettant guère à l'acide phosphorique de s'accuser rapidement dans l'urine, les auteurs s'expliquent son apparition en excès quelques heures après l'administration du chloroforme et de l'alcool, constatée par Zuelzer et Strucbing, par les *réserves* qui peuvent se faire dans les tissus pour les besoins de l'organisme. La consommation spéciale de la lymphe peut ainsi donner une proportion supérieure d'azote, comme celle des solides et du sang diminue surtout celle de l'acide phosphorique. La diarrhée peut surtout faire varier leurs rapports, comme toutes les autres excrétions en excès. (*Revue mens.*, juin, septembre, et *Lyon méd.*, nº 27.)

C'en est assez pour montrer à quels problèmes redoutables et compliqués le clinicien s'attaque aujourd'hui et de quels éléments multiples il doit tenir compte pour les résoudre. Aussi est-il ici doublé d'un chimiste, comme il doit l'être

ailleurs d'un physicien ou d'un botaniste, là d'un géologue. Peu sont doués de cette universalité de connaissances et d'assimilation que Gubler possédait à un si haut degré. Entre les deux facteurs à déterminer ici, comment savoir exactement celui qui donne le plus ou le moins, surtout s'ils contribuent chacun simultanément à établir la différence? La solidarité organique, normale et pathologique, les sympathies et les diathèses occultes, la moindre résistance de certains organes et leur variabilité de fonctionnement et de composition, ainsi que celle des liquides, suivant les individus et leur genre de vie, leur âge, leur tempérament, ne sont-ils pas des obstacles insurmontables à la solution de ce problème? Il convient donc d'attendre les résultats de ces études.

En voici un des plus curieux. M. Lépine, ayant produit expérimentalement des lésions cérébrales sur le chien, a déterminé une augmentation notable de l'excrétion relative de l'acide phosphorique. Ayant eu à observer un homme présentant une lésion cérébrale récente avec aphasie et une légère hémiplégie, il a constaté aussi l'augmentation relative de l'excrétion de l'acide phosphorique. C'est donc une confirmation de l'expérience, et il serait intéressant de la rechercher chez d'autres malades. (*Soc. des sc. méd. de Lyon*, novembre.)

Réactif de la matière colorante de la bile. L'usage des acides nitrique et chlorhydrique ne décelant cette matière que si elle est en quantité notable, M. Masset, pharmacien militaire, décrit le procédé suivant, comme beaucoup plus sensible. 2 grammes de l'urine à essayer étant placée dans un tube, on y verse deux à trois gouttes d'acide sulfurique concentré pour l'acidifier; on y projette ensuite un petit cristal d'*azotite de potassium*, ne touchant pas aux parois. La réaction s'établit aussitôt par des stries d'un beau vert d'herbe magnifique, si la quantité de principes colorants de la bile est notable; en agitant le liquide, la coloration du tube devient uniforme et prend une teinte très foncée, persistante à l'ébullition et susceptible de se conserver pendant plusieurs jours, sans être altérée dans sa nuance. L'addition d'eau en diminue simplement l'intensité.

Si les matières colorantes sont en très petite quantité, le

liquide acquiert, au bout de peu de temps, une teinte vert pâle, persistante également, que l'on saisit avec facilité en plaçant le tube entre l'œil et la lumière du jour, ou en les regardant suivant l'axe du tube sur un fond blanc, tandis que l'urine, à l'état normal, prend une légère teinte rosée.

Cette réaction est de nature à rendre service au début de certaines maladies où les réactifs ordinaires sont incapables de rien déceler, d'abord par la facilité d'opérer la réaction sans précaution préalable, et ensuite par la netteté de la réaction toujours sensible et constante, sans être sujette, comme dans les cas ordinaires, ou bien à des erreurs d'observation ou à des appréciations indécises, parfois même erronées. (*Journ. de pharm. d'Anvers*, février.)

Sucre et albumine. Une expérience d'une extrême simplicité, indiquée par le docteur Duhomme, peut déceler de très minimes quantités de ces deux corps. Elle pourrait donc être faite au lit des malades, car elle n'exige pas plus de deux à trois minutes.

Versez un centimètre cube d'urine dans un tube, et ajoutez-y trois à quatre gouttes seulement de liqueur de Fehling ordinaire, puis chauffez. La moindre quantité de sucre, soit 50 centigrammes par litre, détermine alors une couleur jaune ressemblant au vin de Madère; la teinte violette ou rosée indique l'albumine. Elle ne change pas ou prend une teinte gris sale quand elle ne contient ni l'un ni l'autre.

Une ou deux gouttes du réactif rendent l'expérience encore plus décisive, car, si la couleur ne change pas, il suffit d'ajouter une très faible quantité de glucose pour obtenir la teinte jaune caractéristique du sucre. (Voy. Glycosurie.)

UTÉRUS. *Rupture.* Elle est si rare en dehors du traumatisme de la grossesse et de l'accouchement, que l'on n'en connaît guère d'autre cause. L'effort des contractions utérines, dues à la présence d'un polype intra-utérin, mis en avant par Larcher, rentrerait même dans ce cadre. Il est donc intéressant de savoir s'il en existe en dehors.

Une femme de quarante-six ans, mère de huit enfants dont le plus jeune a quatre ans, éprouve des nausées et des vomissements à la fin d'août, sans aucun autre symptôme de grossesse, quoique non réglée depuis trois mois. Une

perte foudroyante arrive, le 4 octobre, avec syncope. Après un premier arrêt par le tamponnement, l'hémorrhagie reparait trois heures après. Nouveau tamponnement avec seigle ergoté et eau-de-vie, le docteur Sabin n'ayant trouvé que des caillots dans l'utérus. Mort le surlendemain, sans autre phénomène nouveau qu'une vive douleur à l'hypogastre.

A l'autopsie, l'utérus était développé comme au quatrième mois de la grossesse. Une rupture vers le fond s'étendait de droite à gauche et s'ouvrait dans le péritoine. Absence de sang dans celui-ci et très peu de pus. Tous les autres organes étaient normaux.

Quelle était donc la cause de cette rupture? Un consultant en donna la raison. Ayant rencontré un petit polype, comme une figue, il l'avait saisi avec une pince ; le pédicule ayant cédé, le polype était tombé sans hémorrhagie. La malade n'avait plus rien fait jusqu'au jour où l'hémorrhagie s'était déclarée. On peut donc prévoir que ce traumatisme était la véritable cause de la rupture, plutôt que les gaz formés ensuite dans l'utérus. (*New-York med. journal*, août.)

Amputation par l'ouverture abdominale. Voy. AMPUTATIONS, CANCER, OPÉRATION CÉSARIENNE, SEPTICÉMIE, TUBERCULOSE.

Erosion du col amenant l'hystéro-épilepsie. (*Voy. ce mot.*)

Ulcérations simples du col. Au lieu de la cautérisation ou des pansements au tan, le doceur Mendersohn emploie le mélange suivant :

℞ Créosote pure	2	grammes.
Glycérine	50	—
Alcool	25	—

Mêlez

37 cas ont été soumis à ce traitement au dispensaire de Blidah, en touchant chaque jour ou à un jour d'intervalle la surface ulcérée avec un pinceau imbibé de cette solution. Trente-deux guérisons en sont résultées dans une moyenne de douze jours, et trois améliorations. Deux ul-

cérations chancreuses ont seules été réfractaires pendant trente à quarante jours et guéries ensuite par l'iodoforme. (*Alger méd.*)

Granulations internes. Une discussion à ce sujet au dernier Congrès de l'*American gynecological Society*, à Baltimore, a montré que le docteur Battey emploie très fréquemment et avec grand avantage le *phénol* iodé contre ces fongosités intra-utérines. M. Goodell le combine avec l'hydrate de chloral. M. Marion Sims trouve cette méthode de traitement plus expéditive que l'emploi de la curette. Aucun rétrécissement ou sténose du col ne s'ensuit. L'introduction de suppositoires d'iodoforme, après les dilatations du col, est appliquée de préférence par le docteur Barker. (*Boston med. and surg, journal*, septembre, nº 13.)

Traité clinique des affections de l'utérus et de ses annexes, par le docteur E. Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, etc. 1 vol. grand in-8° de 900 pages. Paris, librairie *Germer Baillière*.

A la pathogénie, la symptomatologie et la thérapeutique générale des affections utérines, parues l'an passé dans un fascicule séparé (V. Maladies des femmes, 1878), voici la pathologie spéciale, qui en forme la seconde partie et le complément de l'ouvrage. On peut juger ainsi que le titre n'en est pas plus précis que le style, la rédaction, ni la doctrine. Celui beaucoup plus simple de *Traité de la métrite et ses conséquences* lui conviendrait bien mieux, car cette maladie est, suivant l'auteur, la source, l'origine principale et commune de toutes les autres, qui n'en seraient que des modalités. Aussi bien lui consacre-t-il les deux tiers environ de ce fascicule, comme il l'avait fait dans le premier pour les eaux minérales. Ce qui semble indiquer que c'en est pour lui le traitement principal dans les nombreuses variétés qu'il forme de cette maladie : métrite aiguë et chronique, locale et constitutionnelle, diathésique ou scrofuleuse, arthritique, herpétique, chlorotique, syphilitique, cancéreuse et tuberculeuse. La leucorrhée, l'hémorrhagie, l'aménorrhée, la dysménorrhée, les déviations, l'adénolymphite, l'adéno-phlegmon, l'adéno-péritonite, l'ovarite, la salpingite et l'hématocèle n'en seraient que les conséquen-

ces et sont seulement considérés et traités comme symptômes de la métrite. C'est donc bien de la métrite et de la métrite seule qu'il s'agit ici en réalité, puisque, suivant l'auteur, toutes les autres affections s'y rapportent et en sont engendrées. Le mot est assez répété pour que l'on s'en aperçoive.

De cette nouvelle doctrine résulte la thérapeutique locale, générale et spécifique, opposée à ces manifestations multiples et diverses de la métrite. Après l'avoir indiquée en gros dans ses considérations générales, l'auteur y revient en détail pour chaque application particulière. Et pour montrer qu'il s'agit uniquement de la métrite, *madre*, comme dirait l'Espagnol, c'est sous ce titre seul qu'il décrit ces différentes formes ou variétés, confondues dans leurs symptômes et leur traitement, au lieu de les séparer et d'en faire autant d'espèces et de monographies isolées. Pourquoi ne l'a-t-il pas fait? S'il y a une prédisposition spéciale des femmes tarées et si les mêmes causes vulgaires ne déterminent pas la métrite chez celles qui sont scrofuleuses, herpétiques, chlorotiques ou tuberculeuses, comme chez celles qui sont exemptes de toute tare, si les symptômes locaux diffèrent au début, il fallait l'établir par l'observation et la statistique et déterminer si le traitement local, général et spécifique, est plus utile et efficace ici que là. Rien de tout cela n'est fait. Des *à priori*, des suppositions, des probabilités, des opinions étrangères et quelques observations isolées, exceptionnelles, sont le frêle appui de cette doctrine. De là le vague et l'incohérence de son exposition; un style diffus, embrouillé; des assertions, des citations étrangères et des noms propres en masse, et très peu de faits personnels; des détails élémentaires qui, s'adressant à des médecins, sont de véritables naïvetés. Bref, ce n'est pas là une œuvre originale, mais une compilation faisant montre du savoir et de l'érudition de l'auteur.

V

VARICELLE. Son indépendance de la variole, et de la vaccine par conséquent, est mise hors de doute par les résultats suivants, constatés par M. Perroud, pendant les

quatre dernières années, dans son service d'enfants à la Charité de Lyon. Sur 28 enfants atteints, 7 de deux à cinq ans n'avaient pas été vaccinés, 14 de un à sept ans présentaient des cicatrices évidentes de vaccine, et 7 de trois à neuf ans n'avaient que des traces très douteuses d'inoculation. Malgré ces différences, l'éruption se comporta de la même manière. Elle ne fut même pas modifiée chez un enfant de six ans, porteur de cicatrices vaccinales et qui avait eu une varioloïde peu de mois auparavant. Elle fut assez confluente chez un autre enfant vacciné, qui eut néanmoins une varioloïde légère l'année suivante.

Si la varicelle n'était qu'une variole atténuée, les choses ne se passeraient pas ainsi, car la vaccine aurait alors une certaine action, et elle n'apparaîtrait pas de deux à cinq ans chez les non vaccinés, comme chez ceux qui l'ont été. L'âge a donc une influence qui prime celle de la vaccine, car la variole, au contraire, devient plus fréquente et grave à mesure que l'on s'éloigne davantage de la vaccination.

Sur ces 28 cas, 16 enfants avaient été atteints à l'hôpital, où ils étaient pour des rougeoles ou des coqueluches. Est-ce à dire que ces affections prédisposent à la contracter? Rien ne le prouve. Ce sont des maladies du même âge, et voilà tout. (*Lyon méd.*, nº 10.)

VARIOLE. Le professeur Trasbot, d'Alfort, y assimile la maladie des chiens, comme la clavelée du mouton, en se fondant sur l'inoculabilité et la contagion de cette maladie aux chiens qui ne l'ont pas encore eue, tandis que les autres y sont réfractaires, comme la vache et le cheval, dont l'organisme constitue le terrain le plus favorable à l'évolution du vaccin. Celui-ci au contraire est inoculable aux jeunes chiens non encore atteints de la maladie, tandis que, une fois atteints, ils y sont insensibles. Mais il ne les en préserve pas absolument, pas plus que les moutons de la clavelée. Le virus animal, qui, inoculé à l'homme, le préserve de la variole, ne préserve donc pas les animaux des maladies qui y sont assimilées. (*Acad. de méd.*, décembre 1878.)

Les décès varioliques ayant graduellement augmenté à Paris en 1878, une épidémie pouvait être prévue, annoncée pour l'hiver de 1879. De 6 dans le premier trimestre, ils

doublèrent dans le second, triplèrent dans le troisième et s'élevèrent à 52 dans le dernier. Aussi le premier trimestre de 1879 en compta jusqu'à 151, dont 52 dans les services spéciaux d'isolement, sur un total de 340 entrées.

Sur 44 enfants de un à six ans atteints de rougeole épidémique grave, tous vaccinés, transportés dans la salle des variolés à la Charité de Lyon, 15 contractèrent une varioloïde très discrète et bénigne, la plupart après les quinze jours qu'ils furent soumis à la contagion. La vaccine a donc une action préservatrice manifeste à cet âge.

Sur 170 varioles ou varioloïdes constatées dans son service d'enfants, M. Perroud en a trouvé 84 contractées à l'hôpital, soit presque la moitié, malgré l'isolement incomplet qui est pratiqué. Il s'agissait donc de savoir si plusieurs de ces varioleux n'étaient pas prédisposés à cette redoutable contagion, quoique vaccinés, par des maladies graves antérieures ayant annihilé la vertu préservatrice de la vaccine. On sait que plusieurs médecins ont avancé le fait. Pour en contrôler la véracité, M. Perroud s'est enquis des antécédents de ces enfants, et la plupart ne comptaient aucune affection profonde, capable d'avoir annihilé l'influence vaccinale; un grand nombre ne séjournaient à l'hôpital que pour des maladies presque insignifiantes : bronchites légères, croûtes d'impétigo ou engorgement ganglionnaire.

Après la même observation faite sur des adultes de l'Hôtel-Dieu, il n'y a donc pas lieu d'admettre cette influence annihilante des maladies graves sur la vertu préservatrice de la vaccination, pour fournir une indication précise à la revaccination. (*Lyon méd.*, nº 10.)

Prophylaxie. A l'exemple de la loi anglaise pénale qui défend aux malades atteints d'affections contagieuses, même à distance, de voyager par les voies publiques de transport, à cause des dangers en résultant pour le public et la dissémination du mal, le docteur E. Besnier demande une organisation réglementaire à Paris pour le transport des varioleux en particulier. Des mesures de police seraient prises contre les voitures qui les transportent et contre leur libre sortie des hôpitaux pendant leur convalescence, car ils vont ainsi souvent semer des germes varioleux dans la ville.

Salle d'attente ou d'observation. Elle est aussi réclamée comme urgente pour les malades en état d'incubation et qui, placés dans les salles communes, peuvent être, à un moment donné, un grave danger de contagion. Le minimum de la période prodromique ne pouvant être fixé et celle de l'incubation étant au moins de dix jours, il peut arriver un accident, un malaise, ou une affection chronique qui provoque l'entrée à l'hôpital. Sur moins de 400 admissions de varioleux durant le premier trimestre de 1879, c'est-à-dire la petite épidémie qui s'est alors manifestée, 91 cas intérieurs se sont déclarés ainsi, soit 51 dans les dix premiers jours de leur admission et 40 après. De là l'urgence de placer ces malades à diagnostic incertain, douteux, ou suspects d'incubation variolique, dans une salle d'attente, d'où ils seraient dirigés dans le service spécial d'isolement dès les premières manifestations. (*Soc. méd. des hôp.*, avril.)

La contagion étant l'unique cause de la variole, la Société d'hygiène et de médecine publique résume ainsi les mesures de police sanitaire à édicter pour en prévenir ou limiter la propagation :

1° Déclaration obligatoire de tout cas de variole confirmée ;

2° Isolement rigoureux des varioleux ;

3° Transport de ces malades par des voitures spéciales ;

4° Désinfection des appartements, de la literie, des tentures, rideaux, linges, vêtements et de tous les objets qui auraient pu être imprégnés du miasme variolique.

Voici, d'après le docteur Schweigerhof, le mode de traitement employé à l'hôpital de Vienne :

Dès son entrée à l'hôpital, quelle que soit la période de la maladie, chaque malade est lavé de la tête aux pieds avec de l'eau de savon chaude, essuyé avec soin, puis placé au lit. Tout son corps est ensuite enveloppé de compresses recouvertes d'un mélange d'une partie de glycérine pour deux parties d'eau. Au masque de même nature qu'on lui applique sur la face, on pratique des ouvertures pour la bouche et les yeux. Le bain se répète chaque jour, et les compresses sont changées toutes les fois qu'elles sont sèches.

Ce mode de traitement diminue les sensations douloureuses de tension et de chaleur et prévient la formation des cicatrices.

Pendant la dernière épidémie de variole, ce mode de traitement a donné une mortalité d'environ 4,43 pour 100 (2,42 pour les hommes et 6,45 pour les femmes) et une durée moyenne de quinze jours; par contre, à l'hôpital général de Vienne, où la méthode expectante était pratiquée, la mortalité a été de 9 pour 100 et la durée moyenne du séjour s'est élevée à dix-huit jours. La différence des résultats obtenus compense bien la peine que donne le traitement par les bains et la glycérine. (*Annales de la Société médico-chir. de Liège.*)

VESSIE. *Rupture.* L'extrême gravité de cette lésion et l'inefficacité du cathétérisme dans la plupart des cas pour en obtenir la guérison devaient faire recourir à des moyens plus directs. Sur quatre-vingts ruptures ainsi traitées, Stephen Smith relate deux succès. La pratique journalière de l'ovariotomie, en familiarisant avec l'ouverture du ventre, devait conduire les chirurgiens à tenter cette voie directe pour remédier au mal, comme pour enlever l'utérus cancéreux. C'est ce qui a été fait en Angleterre. Proposée il y a quelques années par le docteur Blundell, la laparotomie a été exécutée par M. Willett pour suturer, fermer la déchirure de la vessie, et M. Chr. Heath, en répétant cette nouvelle opération, a suscité une discussion académique sur son opportunité par la communication du fait suivant à la *Royal medical and chirurgical Society.*

Appelé quarante heures après l'accident, M. Heath établit son diagnostic par la tension de l'abdomen et le cathétérisme. L'urine s'écoula claire d'abord, puis sanguinolente ensuite, en poussant l'instrument et à chaque expiration. Une injection d'eau chaude, faite par le cathéter, fut perçue dans l'abdomen par le patient. L'abdomen fut ouvert, et la déchirure de la vessie fut fermée par une suture continue de catgut, le péritoine étanché et lavé. Le cathéter fixé dans la vessie donna issue à l'urine jusqu'au cinquième jour, lorsqu'une péritonite se développa et détermina rapidement la mort. L'autopsie montra la partie inférieure de la suture ouverte par la chute du fil, absolument comme dans le cas précédent de M. Willett.

Quoique contrebalancés par les deux succès des docteurs Walter et Thorp, où la laparatomie servit à enlever l'urine

épanchée dans le péritoine, ces deux insuccès sont, pour M. Bryant, une contre-indication évidente de cette opération. Elle n'a d'opportunité que pour fermer, suturer la rupture peu de temps après qu'elle s'est produite et avant l'extravasation de l'urine ; car, pour l'écoulement de celle-ci, la cystotomie, c'est-à-dire une simple incision du périnée pénétrant jusqu'à la vessie et au foyer de l'épanchement dans le péritoine, lui semble plus favorable quand le cathétérisme est insuffisant.

MM. Willett et Holmes se sont chargés de montrer que la cystotomie, si profonde qu'elle soit, ne remplit nullement l'indication principale, qui est de fermer l'ouverture accidentelle de la vessie, pour prévenir l'épanchement de l'urine. Dès qu'on peut ouvrir le ventre avant cet épanchement, la laparotomie ne constitue pas un grand danger, et elle offre l'avantage de pouvoir étancher, laver le péritoine et le débarrasser des caillots qu'il peut contenir ; le cathétérisme ni la cystotomie ne peuvent remplir ces indications curatives. Il y a donc lieu de la répéter hardiment dans les cas de rupture vésicale, malgré les deux précédents insuccès. Qu'en serait-il de l'ovariotomie si l'on se fût arrêté aux premiers insuccès ? Le tout est de la faire promptement, avant l'imminence de la péritonite par l'épanchement de l'urine. La mort étant survenue dans les deux cas par la chute des sutures dans la partie inférieure de la rupture, il faut aussi les rendre plus solides et durables. Là est le secret du succès. (*Lancet*, mars, n° 9.)

VICES DE CONFORMATION. *Division congénitale de la voûte et du voile du palais.* La coexistence de ces altérations avec celles du cerveau, constatée par le professeur H. Chrétien chez un nouveau-né atteint de bec-de-lièvre, rend ce point de tératologie intéressant et utile à étudier. Il n'est pas rare en effet de rencontrer ces divisions congénitales du voile du palais ou du maxillaire supérieur, et la mort fréquente de ces enfants difformes, soit spontanée, par suite même de leurs difformités, soit par suite des opérations qu'elles nécessitent pour y remédier, rend cette étude facile. Et comme la simultanéité de plusieurs lésions internes ou externes se vérifie de plus en plus conformément à l'étiologie moderne attribuée à ces anomalies, difformités, arrêts

de développement, il importe de savoir si cette coïncidence est purement accidentelle ou soumise à une loi de rapport, de voisinage, de développement organique ou de fonctions. L'absence congénitale du rein coïncide souvent ainsi avec un arrêt de développement des organes génitaux dans les deux sexes. (*V. année* 1878.)

Ce qui frappa M. Chrétien dans le cas précité, c'était le faible volume de la masse encéphalique, son aplatissement dans le sens vertical, l'absence de la partie postérieure des lobes cérébraux et leur soudure en avant. Cette soudure des lobes antérieurs a été signalée par Tiedemann dès 1824, dans le *Journal complémentaire du Dictionnaire des sciences médicales*, d'après trois faits, dont un fœtus abortif de sept mois. M. Davaine a constaté de même cette réunion sur un fœtus abortif de cinq mois, et M. Dubreuil, de Montpellier, dans un cinquième fait. C'est donc un total de six faits analogues.

Mais cette fusion entière et complète, des deux hémisphères cérébraux, n'est pas l'unique lésion constante. Les nerfs olfactifs faisaient partout défaut, en raison même de l'absence de la scissure de Sylvius, et les ventricules étaient réunis en une cavité unique, au moins dans deux cas très explicitement. Le corps calleux, le septum lucidum, la voûte à trois piliers manquaient également; mais on ne peut tenir également compte de ces arrêts de développement, en raison de l'âge peu avancé des avortons.

Ce qu'il importe de signaler, c'est la constance de ces lésions, ces anomalies cachées du cerveau avec les divisions évidentes de la voûte et du voile du palais. Les divisions congénitales de la paroi supérieure de la bouche commandent donc un examen du cerveau et, jusqu'à plus ample informé, permettent de prévoir quelques anomalies de cet organe.

Sans pouvoir indiquer la cause de ces lésions coïncidentes, il est à remarquer que celles du cerveau proviennent de la première vésicule cérébrale et tendent à faire admettre un simple arrêt de développement comme pour celle de la voûte palatine. On sait, en effet, que quand la ligne primitive s'est formée au milieu de l'*area lucida* de l'aire germinative et s'est successivement transformée en gouttière, puis en tube, par le redressement puis l'accolement de ses

bords, son extrémité céphalique se renfle en trois points successifs, séparés les uns des autres par deux étranglements, pour constituer les trois cellules ou vésicules cérébrales. Bientôt la première et la troisième cellules s'étranglent à leur tour chacune en leur milieu, pour former chacune une nouvelle cellule ou vésicule. Leur nombre est alors porté à cinq, la vésicule moyenne ne s'étant pas dédoublée. La cinquième, celle qui touche immédiatement à la partie non renflée de la gouttière primitive qui formera la moelle, donne le bulbe et la protubérance annulaire ; la quatrième donne le cervelet, la troisième les pédoncules cérébraux et les tubercules quadrijumeaux, la deuxième les couches optiques, et la première les hémisphères cérébraux, le corps calleux, les corps striés, la voûte à trois piliers, le *septum lucidum* et enfin les nerfs et bulbes olfactifs. Il est facile de remarquer que c'est sur certaines de ces parties (hémisphères cérébraux, voûte à trois piliers, nerf et bulbe olfactifs), provenant toutes de la première vésicule cérébrale, que siègent les malformations décrites.

De même que l'absence de soudure entre les bourgeons incisifs et la branche supérieure de bifurcation du bourgeon mandibulaire d'une part, entre la lame horizontale émanant de la partie alvéolaire du maxillaire supérieur et la cloison des fosses nasales descendant du bourgeon frontal d'autre part, explique parfaitement les divisions buccales par un simple arrêt de développement, d'après Coste : le nerf et le bulbe olfactifs, le trigone cérébral, ne se formant qu'après la première vésicule cérébrale et à ses dépens, leur absence peut s'interpréter comme le résultat d'un manque de développement. Il en est de même de la fusion des hémisphères cérébraux dans leur partie antérieure : c'est la première vésicule à elle seule qui les forme tous deux, et au début ils ne constituent qu'une seule masse; quand ils se développent, la scissure interhémisphérique apparait pour les séparer l'un de l'autre; elle n'est donc qu'un résultat du développement, et son absence, c'est-à-dire la fusion des hémisphères, doit forcément être considérée à son tour comme un arrêt de développement.

On voit donc que celui-ci, agissant à la fois sur la paroi supérieure de la bouche et sur la première vésicule cérébrale, produit des résultats diamétralement opposés, en

apparence contradictoires, mais explicables par les données de l'embryologie : d'un côté, un manque de soudure, sur la ligne médiane, des parties latérales qui devraient s'y réunir, et, de l'autre, un fusionnement anormal, sur la ligne médiane, des parties latérales qui devraient y être disjointes. (*Revue méd. de l'Est*, 15 mars.)

VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES. *Lavements nutritifs.* Ce mode d'alimentation ayant donné des succès remarquables (voy. ALIMENTATION), il a surtout été préconisé dans les vomissements incoercibles de la grossesse, contre lesquels il est spécialement érigé en méthode de traitement. Chez une femme de vingt-neuf ans, dont la précédente grossesse avait été tourmentée par des vomissements, H. Campbell employa exclusivement 8 à 10 ounces de thé de bœuf avec une cuillerée à bouche d'extrait de Liebig en lavement deux fois par jour, après que tous les autres moyens usités étaient restés inefficaces. Pendant cinquante-deux jours, elle put être alimentée ainsi, sans que son estomac supportât un simple morceau de glace. Elle revenait même à un état plus satisfaisant, lorsqu'elle avorta d'un fœtus de trois mois et demi, mort depuis quelques jours, mais sans que cet accident mît fin aux nausées, qui se prolongèrent quatorze jours après.

Le thé de bœuf employé était un bouillon non écumé ni dégraissé, dans lequel on ajoutait parfois, outre l'extrait Liebig ou autres, de l'eau de riz, du tapioca, du lait, de la crème, des œufs, suivant les désirs ou les besoins. Au début, ces lavements étaient difficilement gardés; mais ils furent parfaitement tolérés ensuite et trouvés réconfortants. C'est donc un exemple à imiter. (*Transact. of Amer. gynecol. Society*, 1878.)

Dilatation du col. D'origine anglaise, ce moyen n'a obtenu que peu d'attention en France, M. Depaul n'attribuant son succès qu'à des coïncidences fortuites. Le docteur Michelet, d'Eu, rapporte cependant le fait d'une primipare où la dilatation du col avec l'éponge préparée à la cire, dans le but de provoquer l'avortement, eut une action décisive et concluante. Du troisième au cinquième mois, les vomissements furent continus, malgré tous les moyens em-

ployés pour les calmer. La maigreur et la faiblesse étaient extrêmes, et deux consultants conseillèrent l'avortement comme le seul moyen de sauvegarder la vie de la mère, en prescrivant l'éponge préparée, pour que la dilatation, étant lente et mesurée, ne retentît pas si vivement sur la patiente. L'introduction ne fut d'abord que de quelques millimètres, et, dans la nuit et le lendemain, les vomissements diminuèrent. Un cône d'éponge préparée à la ficelle ayant pu pénétrer plus ayant, les vomissements cessèrent dès le second jour. Une nouvelle application fut renouvelée, sans que les contractions se manifestent, et quatre jours après, les vomissements n'ayant pas reparu, toute tentative d'avortement fut ajournée. La grossesse suivit son cours régulier, et, le 31 août, cette femme accouchait d'un enfant vivant.

Les mêmes phénomènes s'étant reproduits à une seconde grossesse, cette dame vint à Paris consulter M. Depaul, qui conseilla l'attente. Les vomissements persistant, un cône d'éponge préparée fut introduit dans le col, et de nouveau les vomissements cessèrent, et la grossesse suivit un cours régulier. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, art. 11082.)

Que ce soit là une exception, c'est bien possible; mais ce succès ne commande pas moins de tenter un moyen si simple, employé avec toutes les précautions. Il n'a guère plus de danger sur le fœtus que tant d'autres calmants usités sans mesure, les injections hypodermiques morphinées en particulier.

FIN

TABLE DES AUTEURS

Coulommiers. — Typog. Paul BRODARD.

